

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky



Rigorózní práce

Využití systémů alternativní a augmentativní komunikace v rámci logopedické intervence u jedinců s kombinovaným postižením

Usage of alternative and augmentative systems of communication within logopedic intervention of individuals with combined disabilities

Autorka:

Kateřina Saláková

Koněvova 2442/150, Praha 3

KaterinaSalakova@seznam.cz

Vedoucí práce:

doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Měsíc a rok dokončení:

listopad 2012

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Dále prohlašuji, že tato rigorózní práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Místo vypracování: Praha

Úplné datum 28. 11. 2012

vlastnoruční podpis

Děkuji doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za obětavou pomoc, cenné rady, připomínky a trpělivost, s níž vedla tuto rigorózní práci.

Ráda bych poděkovala také rodičům respondentů, pedagogům i respondentům samotným za poskytnutí informací podstatných pro realizaci empirické části rigorózní práce.

Souhlasím s poskytováním této rigorózní práce pro studijní účely zájemců.

Anotace

Rigorózní práce analyzuje možnosti využití systémů alternativní a augmentativní komunikace v logopedické intervenci o jedince se speciálními vzdělávacími potřebami (kombinované postižení - mozková obrna, mentální retardace). Teoretická část postupně vymezuje komunikační schopnost i její narušení z pohledu kombinovaného postižení ve spojitosti sociálního kontextu společnosti. Logopedickou intervenci zahrnující symptomatologii, diagnostické a terapeutické přístupy včetně ucelené rehabilitace předkládá jako součást multidisciplinárního pojetí. Poslední kapitola charakterizuje jednotlivé systémy alternativní a augmentativní komunikace. Klade důraz na kritéria vhodnosti jejich využití respondenty. Empirická část zahrnuje tři kazuistická šetření, detailněji prezentující jednotlivé složky logopedické intervence, jež jsou pro přehlednost členěny dle oblastí stimulace v chronologické posloupnosti i současnou aplikaci systémů alternativní a augmentativní komunikace. Cílem výzkumného projektu je zhodnocení využití systémů alternativní a augmentativní komunikace v logopedické intervenci, jejich volba i vývoj v časové ose.

Klíčová slova

Kombinované postižení, mozková obrna, mentální retardace, komunikace, narušená komunikační schopnost, vědní obor logopedie, logopedická intervence, ucelená rehabilitace, systémy alternativní a augmentativní komunikace.

Annotation

This dissertation analyses the possibilities of usage of augmentative and alternative communication in logopedic intervention within an individual with special educational needs (combined disabilities – cerebral palsy, mental disorder). Theoretical part progressively defines communication skills and their dislocation from the perspective of combined disability within social context. Logopedic intervention is presented as a part of multidisciplinary concept. It includes symptomatology, diagnostic and therapeutic approaches. Last chapter describes individual system of alternative and augmentative communication. It focuses on criteria of suitability and its usage by respondents. Empirical part consists of three empirical researches that show in further details individual components of logopedic intervention. In order to achieve clearer overview are these components divided according to fields of stimulation in chronological order including up to date applications of systems of alternative and augmentative communication. The goal of this research is to evaluate usage of systems of alternative and augmentative communication in logopedic intervention, their choice and development on the time scale.

Key words

Combined disability, cerebral palsy, mental disorder, communication, communication skill disorder, scientific branch logopedics, logopedic intervention, comprehensive rehabilitation, systems of alternative and augmentative communication.

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část	11
1 Teoretická východiska	11
1. 1 Vymezení základních pojmů v oblasti komunikace	11
1. 2 Stádia vývoje dětské řeči	14
1. 3 Narušená komunikační schopnost	16
1. 4 Vědní obor logopedie.....	18
2 Osoba s kombinovaným postižením	21
2. 1 Vymezení pojmu kombinované postižení a jeho klasifikace.....	21
2. 2 Tělesné postižení, mozková obrna.....	23
2. 3 Mentální postižení.....	26
3 Komunikační schopnosti a jejich narušení u jedinců s kombinovaným postižením	29
3. 1 Komunikace jedinců s mozkovou obrnou	29
3. 2 Komunikace jedinců s mentální retardací.....	33
3. 3 Symptomatické poruchy řeči	36
4 Logopedická intervence u dětí s kombinovaným postižením.....	38
4. 1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti u jedinců s kombinovaným postižením.....	38
4. 2 Terapie narušené komunikační schopnosti u jedinců s kombinovaným postižením.....	42
4. 3 Ucelená (komprehensivní) rehabilitace	48
5 Alternativní a augmentativní komunikace	50

5. 1 Pojem alternativní a augmentativní komunikace a její klasifikace.....	50
5. 2 Kritéria pro volbu systému alternativní a augmentativní komunikace	51
5. 3 Systémy alternativní a augmentativní komunikace	53
6 Systémy alternativní a augmentativní komunikace v rozvoji komunikační schopnosti jedince s kombinovaným postižením.....	59
6. 1 Formulace výzkumného problému, stanovení výzkumných cílů, metodologie	59
6. 2. Charakteristika výzkumného vzorku	59
7 Případová studie chlapce č. 1	61
(k datu ukončení výzkumu 19, 3 let)	61
7. 1 Logopedická intervence	67
7. 1. 1 Logopedická intervence v Integračním centru.....	70
7. 1. 2 Logopedická intervence klinického logopeda	76
7. 1. 3 Logopedická intervence logopeda SPC při SŠ, ZŠ a MŠ	81
7. 1. 4 Logopedická intervence se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)	83
8 Případová studie chlapce č. 2	89
(k datu ukončení výzkumu 12 let)	89
8. 1 Logopedická intervence	94
8. 1. 1 Logopedická intervence ve SPC při MŠ speciální.....	96
8. 1. 2 Logopedická intervence v dětském centru.....	97
8. 1. 3 Logopedická intervence klinického logopeda při ZŠ speciální	102
8. 1. 4 Logopedická intervence se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)	108

9 Případová studie dívky č. 3	114
(k datu ukončení výzkumu 8, 10 let)	114
9. 1 Logopedická intervence	119
9. 1. 1 Logopedická intervence se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)	122
9. 1. 2 Logopedická intervence v MŠ speciální	123
9. 1. 3 Logopedická intervence klinického logopeda	127
9. 1. 4 Logopedická intervence klinického logopeda při ZŠ speciální A	133
9. 1. 5 Logopedická intervence logopeda při SPC ZŠ speciální B	134
10 Diskuse.....	136
Závěr	140
Shrnutí.....	143
Summary.....	144
Použitá literatura	145
Internetové zdroje	159
Seznam tabulek	160
Seznam schémat.....	162
Seznam příloh	163

Úvod

„Lidská společnost představuje síť vztahů mezi lidmi. Přirovnáme-li ji k síti rybářské, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je, toto lanová v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace“. (Argyle a Trower, 1979)

Rigorózní práci charakterizuje daný citát, jenž předkládá komunikaci ve smyslu využití výrazových prostředků k výměně sdělení (informací, pocitů, přání) mezi dvěma či více objekty. Řečové a komunikační dovednosti řadíme mezi obecně lidské schopnosti, které jsou však u jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami (kombinované postižení) značně limitovány.

V současné době s narůstajícím výskytem kombinovaných postižení se dané téma stává velmi aktuálním. S tímto tvrzením souhlasí i Lechta (2008), jenž spojuje danou problematiku s nutností výzkumu symptomatických poruch řeči jako narušené komunikační schopnosti mnohdy popisující primární symptomy závažnějších onemocnění. Problematiku kombinovaného postižení nacházíme již v literatuře Sovákové (1978, 1980, In: Baláž, 1980), který uvádí skutečnost neexistence izolovaných vad. Svá tvrzení podporuje vznikajícími komplikacemi či kombinacemi působícími minimálně v psychické oblasti s následnými projevy narušeného chování. Neméně podstatnou oblastí aktuálně ovlivňující danou problematiku spatřujeme ve stále kvalitnější zdravotnické péči, kdy přežívají extrémně nezralí jedinci s prenatálními, perinatálními i postnatálními rizikovými faktory.

Rigorózní práci tvoří část teoretická a výzkumná. Teoretická část blíže rozpracovává problematiku komunikační schopnosti, jejího možného narušení, symptomatologii, diagnostiku, logopedickou intervenci i ucelenou rehabilitaci v kontextu komplexního terapeutického působení o jedince s kombinovaným postižením. Dané postižení je specifikováno z pohledu diagnosticky determinovaného tělesného postižení prezentovaného mozkovou obrnou a těžšími formami mentální retardace. V poslední kapitole dochází k prezentaci jednotlivých systémů alternativní a augmentativní komunikace s podrobným výkladem kritérií podporujících jejich volbu.

Empirická část předkládá kazuistiky tří respondentů odlišného věku (8, 12, 19 let), přičemž detailně popisuje logopedickou intervenci, možnosti využití i efektivitu systémů alternativní a augmentativní komunikace jako podpůrné či náhradní formy

komunikace u jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami. Bližší charakteristika jednotlivých oblastí logopedické intervence demonstrována v chronologickém pořadí umožňuje nejen zhodnocení, ale i konfrontaci terapeutických postupů, včetně případných modifikací, uplatňovaných u respondentů ve spojitosti s časovým rozmezím (dobou) poskytování logopedické intervence.

Teoretická část

1 Teoretická východiska

1. 1 Vymezení základních pojmů v oblasti komunikace

Komunikaci nacházíme v každém společenství živých organismů. Čím vyšší je jejich vývojový stupeň, tím dokonalejšími systémy komunikace disponují. Jak uvádí Sovák (1984) vychází z latinského slova „communis“, což značí společný, obecný. Podle Klenkové (2010, s. 119, In: Pipeková et al., 2010) znamená komunikace „*obecně lidskou schopnost užít výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.*“

Komunikace slouží k obousměrnému přijímání, předávání, dekodování a porozumění určitým informacím v průběhu vzájemného setkávání. Na základě jejich výměny dochází tedy k ovlivňování dvou či více objektů. Současně tvoří podklad efektivního rozvoje lidské společnosti.

Komunikace se u člověka rozvíjí ve třech rovinách:

- a) *vnitřní* - informace zajišťující harmonický rozvoj lidského organismu (mezibuněčné informace ovlivňující základní funkce orgánů),
- b) *vnější* - informace zajišťující přežití jedince v daném prostředí (vzájemné přizpůsobování jedince i prostředí),
- c) *mezilidská* - patří k podstatným schopnostem, díky nimž se jedinec rozvíjí, získává nové zkušenosti, upevňuje vztahy, dorozumívá se. (Sovák, 1984)

Vlastní komunikační děj tvoří velmi složitý postup. Odehrává se v určitém komunikačním prostředí i kontextu, jehož podstatu formují čtyři základní složky. První je samotný *komunikátor*, tj. osoba produkující sdělení. Bez druhého jedince - *komunikanta*, jež zprávu přijímá a dále na ni reaguje nelze komunikaci uskutečnit. Třetí nezbytnou část vyjadřuje dané *oznámení* - jeho obsahová část. Poslední díl, který ovšem nelze vynechat, předpokládá znalost určitého *komunikačního kódu* všemi účastníky komunikačního aktu. Efektivita komunikace je tedy možná pouze v případě, je-li kongruentní (shodná) a bezbariérová (bez překážek). Shoda musí panovat mezi verbálním i neverbálním sdělením i mezi obsahem a významem řečeného. Dle míry

splnění podmínek probíhá dorozumívací proces bez potíží, omezeně či se stává nemožným. (Housarová, přednášky PedF UK, letní semestr, 2007)

V průběhu rozboru pojmu komunikace si musíme připomenout její základní stavební kameny - *jazyk a řeč*.

Neubauer (2010, s. 9) charakterizuje jazyk jako „*základní systém lidské komunikace, který je prakticky realizován mluvenou řečí nebo písmem, nebo i manuálním způsobem.*“ Jazyk je typický pro každou společnost, národ. Jedná se tudíž o výtvor společenský. Předávání postupně zajišťují generace za generacemi. Primárně mluvenou formou, následně psanou. V souvislosti s vývojem dochází k neustálému doplňování a proměňování jazyka. Nejvýraznější změny pozorujeme v oblasti rozvoje slovní zásoby (lexikálně - sémantická rovina). Naopak nejpomaleji transformace probíhá v okruhu gramatické struktury (morfologicko - syntaktická rovina).

Řečí se člověk odděluje od ostatních živočichů. Tato výsada však i v dnešní době nemá jednotnou definici, protože hodnocení každého specialisty vychází z hlediska vlastní odbornosti. Zde si dovolím prezentovat několik názorů.

„*Jedná se vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách.*“ (Klenková, 2006, s. 27)

„*Řeč je praktickou zvukovou realizací jazyka, zahrnuje motorické činnosti jako dýchání, fonaci (tvorbu hlasu), artikulaci (tvorbu hlásek) v oblasti artikulačních orgánů neboli mluvidel.*“ (Neubauer, 2010, s. 10)

„*Řeč je symbol znaků, které slouží na dorozumění v určitém etnickém společenství.*“ (Erhart, In: Lejska, 2003, s. 78)

Kubová (1996, s. 7) k danému dodává: „*Komunikace se uskutečňuje pomocí sdělovacího procesu, kterým člověk vůči ostatním lidem projevuje své city, svou vůli, své myšlenky.*“

Šlapal (2002) ji spojuje se vznikem II. signální soustavy a slovem jakožto základním prvkem. Současně odlišuje řeč:

- a) *zevní* - související s hlavovými nervy ovlivňujícími mluvidla (zejména s IX., X.),
- b) *vnitřní* - váže se k vyjádření, uchování a chápání myšlenek pomocí verbálního či psaného slova.

Z komunikačního hlediska řeč prolíná ve dvou složkách. Expresivní - realizace a receptivní - rozumění, vnímání. (Vitásková 2005, In: Vitásková, Peutelschmiedová

2005, Lejska, 2003) Charakter řeči ovlivňuje několik faktorů: inteligence, věk, vzdělání, cvičení, zkušenosti, sociální prostředí, ale také aktuální psychický stav či únava.

Komunikační proces v lidské společnosti se uskutečňuje verbální či neverbální formou.

Verbální komunikace zahrnuje všechny dorozumívací pochody vyjádřené pomocí orální mluvené řeči (slov) nebo psaného projevu. Člověk si ani neuvědomuje, jaké možnosti mu slovní vyjádření skýtá. V diskusích, rozhovorech, citových záležitostech, lze slovy oponovat, předávat zkušenosti, rozvíjet poznatky, navazovat vztahy. Způsob užití řeči o komunikátorovi mnohé vypovídá. Jak uvádí Vybíral (2000) osobní styl mluvy jedince sociálně nebo profesně zařazuje. Zároveň však může reflektovat některé významné povahové rysy (naivita, egoismus ...).

Neverbální komunikace jako fylogeneticky i ontogeneticky starší oblast dorozumívání pomalu ustupuje a do popředí se dostává projev řečový. Podstatné je ovšem připomenout skutečnost užívání neverbální komunikace v jakémkoli slovním vyjádření (podpora řečového tempa, postoj, oční kontakt ...). Neverbálně komunikovat lze bez podpory slovní. Tento způsob dorozumívání řečovou oblast v daný moment nahrazuje a to jak přirozeně, tak metodami komunikace alternativní a augmentativní. (Klenková, 2006)

Neverbální komunikací nazýváme všechny dorozumívací projevy realizované beze slov včetně doprovodných aktivit slovního sdělování. Mimoslovně komunikujeme několika kanály: gesty, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla (kinezikou), pohyby paží, rukou, prstů (hestikou), pohledy očí, držení těla jako celku (posturikou), výrazy obličeje (mimikou), dotyky (haptikou), tělesným vzhledem, oblečením, prostorovým chováním (proxemikou), neverbálními hlasovými aspekty, pachem. (Argyle, 1996, In: Sneddon, 2005, Křivohlavý, 1988, In: Vybíral, 2000, Klenková, 2006, Nakonečný, 2009) Orální řeč doprovází tzv. paralingvistické jevy zahrnující intonaci, tempo, hlasitost, vsuvky či ideografy (doprovodné kreslení rukou), jež řadíme společně s extralingvistickými (mimika, oční kontakt, haptika...) do neverbální roviny. (Nakonečný, 2009) Danou kategorizaci doplňuje Wahlstrom (1992, In: Vybíral, 2000) o tzv. ekonomii komunikace (chronemika, zacházení s předměty). Přehledné grafické znázornění nalezneme v literatuře Klenkové (2006).

Jak již bylo řečeno, daná oblast reprezentuje starší vývojovou etapu lidské komunikace. Nonverbální chování je úzce spjato se společenskými pravidly, kulturními

či geografickými rozdíly. V dílech mnoha autorů nacházíme odkazy mapující rozdílné vnímání neverbálních aspektů kulturami kontaktními (jihoevropská, arabská...) i nekontaktními (japonská, severoevropská). Kontaktní kultury například více gestikulují, jsou tolerantnější k bližším prostorovým pozicím. Opačný názor sdílejí příslušníci kultur nekontaktních, kteří dávají přednost větší tělesné vzdálenosti. Obdobný pohled zaujímáme v hodnocení obsahové náplně gest. Její podmíněnost na prostředí, sociální skupině nebo kultuře vede k odlišnému chápání předkládaných symbolů. Přesto však existuje několik znaků, které spojuje identický význam ve všech kulturách - pokrčení rameny signalizující „nevím“. (Sneddon, 2005)

1. 2 Stádia vývoje dětské řeči

Řeč patří v ontogenezi člověka ke schopnosti s prudce vzestupnou tendencí, avšak úzce související s rozvojem myšlení, motoriky, sluchového i zrakového vnímání a v neposlední řadě vlivem sociálního prostředí, v němž dítě vyrůstá. Vztahy mezi těmito oblastmi a řečí nejsou podle Neubauera (2010) dodnes uzavřeny.

V literatuře nacházíme několik způsobů popisu a třídění stádií dětské řeči (chronologické - popis jednotlivých vývojových etap, lingvistické - podle jazykových rovin...). I přes rozdílnost v daném dělení způsobené většinou odborným zaměřením autorů se shodují na základním členění do dvou období:

a) *přípravné (neverbální, předřečové)* - jehož počátky spadají již do intrauterinního života. Jak uvádí Krejčířová, Langmeier (1998) jedinec reaguje na různé zvukové signály cca ve věku šesti měsíců od početí. Obdobně motorickou aktivitu před narozením prokazují studie Příhody (1971) či Zeller (1983, In: Lechta, 2008) zahrnující špulení rtů, polykací pohyby či cucání palce. Prvním zvukovým projevem novorozence je jeho křik. Zpočátku reflexní s tvrdým hlasovým začátkem bez zjevného vyjádření pocitů. Posléze projevující příjemné vjemy pomocí měkkého hlasového počátku. „Podle odchylek od standardního novorozeneckého křiku lze časně rozpoznat některá poškození CNS.“ (Lejska, 2003, s. 91)

Další vývoj pokračuje broukáním - jedinec bez úmyslu experimentuje s mluvidly, vytváří tak celou řadu zvuků. Broukání přechází v pudové žvatlání se stále ještě nahodilou tvorbou zvuků. Nástupem napodobivého žvatlání cca od 6. měsíce dítě nastavuje mluvidla do určitých pozic, začíná napodobovat své vlastní zvuky či zvuky z okolí. Toto období realizuje zpětnou vazbu sluchovou i zrakovou, uplatňuje se tzv.

akusticko - motorický reflex následovaný akusticko - optickým reflexem. (Seeman, 1955, In: Lejska, 2003)

Počátky rozumění řeči lze sledovat kolem 8. - 10. měsíce věku. Dítě na požádání předvádí paci, paci, tikot hodin, ukazuje, jak je veliké). Rozpozná, kde jsou osoby nejbližšího okolí a snaží se o jejich pojmenování. Peutelschmiedová (2005, s. 157, In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí slova profesora Matějčka, jež nazýval „*etapu několika týdnů před prvním rokem univerzitou dětského věku.*“

b) *vlastní vývoj řeči (verbální) období* - v klasickém dělení podle Sováka, na sebe navazují období emocionálně - volní, asociačně - reprodukční, stadium logických pojmů, intelektualizace řeči. Lechta (2008) používá pro orientační posouzení úrovně řeči následující schéma: etapa sémantizace (1 - 2 roky), lexemizace (2 - 3 roky), gramatizace (3 - 4 roky), intelektualizace (5 let a výše). Oblast intelektualizace se následně zdokonaluje po celý lidský život.

Období vlastního vývoje řeči bývá zahájeno dosažením 1. roku života. Dítě začíná používat slova k vyjádření svých přání či potřeb. Výrazy mají charakter jednoslovné věty, která může mít několik významů. Kolem 1,5 - 2 let postupně nabývá slovní zásoba na velikosti. Jedinec objevuje mluvení jako činnost, začíná se ptát otázkou Co je to?, užívá víceslovná mluvní spojení (kombinace dvou slov). (Holmanová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Období mezi 2. - 3. rokem začíná dítě skloňovat, ohýbat a časovat slova. Podstatná jména a slovesa doplňuje o další slovní druhy. „*Myšlení začíná být verbální a řeč intelektuální.*“ (Lechta, 2008, s. 47) Dysgramatismy se objevují v oblasti přenosu, kdy jedinec neakceptuje gramatické výjimky při stupňování přídavných jmen (dobrý, lepší) - transfer proveden analogicky.

Kolem 3. roku života dítěte může dojít k projevům fyziologické iterace (opakování), která souvisí s tvorbou abstraktnějších pojmů ve spojitosti s přechodem na druhosignální úroveň. Peutelschmiedová (2005, In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) zdůrazňuje mnohdy chybný výklad iterace, jíž si část specialistů překládá jako koktavost. Přestože symptomy jeví známky podobnosti, koktat s danými projevy začíná minimum dětí. Dynamický rozmach řečového vývoje sebou nese individuální odlišnosti mezi jednotlivci. Trvalá stagnace však představuje závažný signál v rozvoji dítěte. (Neubauer, 2010) Dále probíhá růst slovní zásoby, co do velikosti i obsahu. Jedinec

postupně přednese krátké básničky, samostatně navazuje a udržuje dialog, pokládá otázky vedoucí k objasnění významu (Proč?).

Na konci předškolního období, tj. ve věku šesti let dítěte může v průběhu fonetické realizace přetrvávat rotacismus i sigmatismus. Dítě již uskutečňuje komunikaci bez podstatných dysgramatismů, reprodukuje obsah příběhu, ovládá gramatickou složku řeči.

1. 3 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (dále NKS) tvoří jeden ze zásadních pojmů moderní logopedie, který je nutné podle Lechty a kol. (2003) co nejpřesněji definovat a to v souvislosti s užíváním zkreslených termínů „speech and language disorders“ apod., jež označují duálně až trojmo narušení jedné kategorie. „*Fundamentem termínu narušení komunikační schopnosti není řeč, mluva, jazyk, ale komunikace, a to v nejširším slova smyslu. Logopedie tak získává podstatně širší a komplexnější rozměr.*“ (Peutelschmiedová, 2005, s. 129, In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) Obdobné vyjádření transferu od hovoření, řeči ke komunikaci nacházíme u Klenkové (2006) či Lechty a kol. (1990, 2003).

Definování NKS souvisí s určením hranice normy, což představuje nelehký úkol. (Klenková, 2006) S ohledem na interferenci vnímání možnosti narušení komunikační schopnosti musíme brát v úvahu objektivní (odchylná kodifikace ve výslovnosti dané jazykové normy, jazykové prostředí, v němž hodnocená osoba žije...) i subjektivní faktory (vzdělání diagnostika i hodnoceného, fyziologické faktory - únava, je-li hodnocená osoba mluvní profesionál...) diagnostika spojené s komplikacemi (stydlivost...) vyskytujícími se v průběhu diagnostiky. Ve vyšetření nelze klasifikovat pouze jednu z jazykových rovin. Musíme se podrobně zaměřit na všechny čtyři. (Klenková, 2006, Lechta a kol., 2003)

Pro určování normality vymezil Lechta a kol. (2003, 2010) několik kritérií:

- *vývojové* - zjišťuje, zda se komunikační schopnosti jedince shodují s danými vývojovými normami,
- *fyziologické* - lze řeč jedince považovat stále za fyziologickou nebo již projevuje známky patologie,
- *terapeutické* - vyžaduje jedinec cílenou logopedickou intervenci či nikoli,

- *lingvistické* - koresponduje či nekoresponduje řeč jedince s kodifikovanou normou určitého jazyka,
- *komunikační záměr* - schopnost či neschopnost jedince realizovat komunikační záměr bez rušivých podnětů a zda narušení působí či nepůsobí rušivě z aspektu exteriorizace (projevení se navenek)

Autor dále upozorňuje na výhody logopedické intervence vycházející z kritéria komunikačního záměru, jako možnosti poskytující nejširší a nejvšeobecnější aplikaci.

Definice NKS je mnoho, ale nejvýstižněji ji uchopil právě Lechta:

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko - fonologickou, morfologicko - syntaktickou, lexikálně - sémantickou nebo pragmatickou komunikační rovinu jazyka.“
(Lechta, 2007, s. 23, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Etiologie NKS je velmi variabilní. Lechta (2007, In: Škodová, Jedlička a kol.) ji člení a hodnotí z několika hledisek:

- *Způsobu komunikování* - zasažena může být verbální a neverbální složka řeči, resp. její mluvené i grafické formy,
- *průběhu komunikování* - narušena v expresivní (produkce) i receptivní (porozumění) složce řeči,
- *časového hlediska* - NKS - trvalého, přechodného rázu,
- vrozená, získaná,
- *klinického obrazu* - hlavní symptom či symptom jiného dominujícího postižení tzv. symptomatické poruchy řeči,
- *etiologického* - k narušení dochází z příčin orgánových, nebo funkčních,
- *rozsahu* - částečné (např. sigmatizmus), nebo úplné (např. nemluvnost),
- *hledisko uvědomění si* - narušení si jedinec může, ale nemusí uvědomovat (např. breptavost),
- *manifestace* - narušení zasahuje do oblastí symbolických (např. dysgramatismus) či nesymbolických procesů (např. dyslalie) včetně zvukových a nezvukových dimenzí.

V odborné literatuře, např. u Klenkové (2006), Lechty a kol. (1990, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol.) nacházíme dělení NKS podle charakteristických symptomů. V současné době je nejvíce využívána klasifikace vytvořená Lechtou a kol. (1990, 2007,

In: Škodová, Jedlička a kol.), a to vývojová nemluvnost, získaná orgánová nemluvnost, získaná psychogenní nemluvnost, narušení zvuku řeči, narušení fluence (plynulosti) řeči, narušení článkování řeči, narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči.

1. 4 Vědní obor logopedie

Patologií v oblasti komunikace a narušené komunikační schopnosti se zabývá vědní obor logopedie.

Logopedii lze charakterizovat jako poměrně mladou disciplínu, jejíž základy spadají do první čtvrtiny či poloviny 20. století (dle jednotlivých autorů). Postupně se formovala pod několika vlivy - lékařským (Seeman, Sovák...), následně nelékařským (Gaňo, Kábele...) a v druhé polovině 20. století jazykovědným (Ohnesorg, Liška, Sabol...). Pojetí daného oboru se vzhledem k neustálému vývoji značně různí, což prokazuje tvrzení dvou lékařů - foniatrů. První Fröschels v roce 1924 řadí logopedii mezi vědy lékařské, druhý Sovák o několik let později mezi disciplíny speciálně pedagogické. (Lechta, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, Klenková, 2010, In: Pipeková et al., 2010) K neutuchajícím rozmíškám koncepce disciplíny se vyjádřil Seeman (1957, In: Renotiérová, Ludíková a kol., 2004, s. 275): *„Není tedy předmět logopedie a foniatrie různý. Oba obory se liší jen přístupem k problému. U logopedie je přístup z hlediska více pedagogického, u foniatrie z hlediska více fyziologického, pathofyziologického, psychotherapeutického, tedy více lékařského. Oba obory se navzájem prolínají a doplňují, jak dokazuje jejich historický vývoj. Vzorem spolupráce obou oborů zůstává poměr pedagoga Alberta Gutzmanna a lékaře Herrmanna Gutzmanna.“*

Sovák (1984, s. 204) vymezil logopedii *„jako nauku o výchově základních složek sdělovacího (dorozumívacího) procesu, tj. řeči a sluchu, jakož i o prevenci a terapii jeho vývojových vad či získaných poruch.“*

Lechta (2007, s. 22, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) spatřuje logopedii *„jako interdisciplinární vědní obor zkoumající zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Je to tedy věda, která zkoumá narušení komunikační schopnosti u člověka z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy. Klinickou logopedii lze potom chápat jako aplikovaný obor logopedie směrem do zdravotnické, medicínské oblasti.“*

Předložená definice potvrzuje nutnost týmové spolupráce logopeda, tj. interdisciplinaritu, jež prolíná oblastmi *lingvistickými* - fonetika, fonologie, *medicínskými* - pediatrie, stomatologie, neurologie, foniatrie, psychiatrie, plastická chirurgie, ortodoncie..., *společenskými* - psychologie, filozofie, pedagogika, speciální pedagogika.... Úzká spolupráce probíhá s nově vznikajícími či mladými vědními disciplínami - sociolingvistika, neurolingvistika, neuropsychologie, psycholingvistika, genetika.... (Klenková, 2010, In: Pipeková et al., 2010, Peutelschmiedová, 2005, In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Moderní logopedie etabluje ve dvou vývojových směrech - *practicistickém* a *emancipačním*. Jak udává Peutelschmiedová (2005, In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) i Lechta (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) nesmí daný obor zapomínat na výzkumnou i publikační činnost, zpřesňování terminologie či interdisciplinární kooperaci a ustrnout čistě v practicistickém procesu jakési logopedické kuchařky nabízející konkrétní přístupy v terapii narušené komunikační schopnosti.

Logopedie je často veřejností vnímána jako obor zabývající se nápravou vadné výslovnosti. Takto percipována nabádá k mylným závěrům orientace pouze na dětskou populaci. Pravým předmětem jejího zájmu však zůstávají osoby s narušenou komunikací všech věkových skupin, tj. dětí, adolescentů, dospělých i seniorů. Autoři mnoha publikací shodně poukazují na skutečnost přechodu logopedické intervence zaměřené na zvukovou stránku ve prospěch obsahové. Jak uvádí Peutelschmiedová (2004, s. 277, In: Renotiérová, Ludíková a kol.): „*Úkolem logopeda na prahu 21. století je zajistit komunikaci, která nemusí bezpodmínečně probíhat vždy jen orální cestou.*“ Obdobné vyjádření shledáváme v literatuře Neubauera (2010, s. 17), jenž udává: „*Cílem terapeutického působení v oblasti poruch řečové komunikace je maximalizace komunikačního potencionálu osoby stížené poruchou řečové komunikace, a to formou odstranění, příznivého ovlivnění či kompenzace deficitů, vyvolávajících nepříznivou komunikační situaci.*“ Logopedický slovník předkládá pojem intervence ve vztahu určitého zásahu, zákroku v něčí prospěch či terapii. (Dvořák, 2001) Lecha a kol. (2011) poukazuje na dvě možná pojetí logopedické intervence, tj. užší - ve smyslu terapie a širší - shrnující pojem. Následně ji definuje jako „... *specifickou aktivitu, kterou logoped uskutečňuje s cílem identifikovat, eliminovat, zmírnit či alespoň překonat narušenou komunikační schopnost, anebo předejít tomuto narušení - zlepšit komunikační schopnosti.*“ (Lechta a kol., 2011, s. 18) V této souvislosti poukazuje na tři

prolínající se úrovně probíhající ve prospěch splnění cílů - logopedickou diagnostiku, terapii a prevenci.

2 Osoba s kombinovaným postižením

2.1 Vymezení pojmu kombinované postižení a jeho klasifikace

Každá společnost ve své kultuře vymezuje určité normy. Velmi tenká hranice mezi normalitou a abnormalitou se v průběhu vývoje společnosti mění - je závislá na mnoha vnějších i vnitřních faktorech. Často za abnormální považujeme něco, co je nesrozumitelné, nápadné či odlišující se. Jakékoli trvalé zdravotní postižení negativně ovlivňuje nejen emocionální, kognitivní, tělesné, ale i komunikační a sociální schopnosti člověka. (Sovák, 1980, In: Baláž a kol., 1980, Vítková, 2010, In: Pipeková et al., 2010)

Současná terminologie v oblasti intervence o osoby s více postiženími není jednotná. Mezi nejčastěji užívané pojmy patří - kombinované vady, kombinované postižení či vícenásobné postižení. V odborné literatuře nacházíme další termíny, jimiž je označován daný okruh osob - souběžné postižení více vadami, těžké (mentální) postižení, děti s těžkým narušením vnímání a další. Všechny tyto pojmy kladou důraz na těžiště postižení. (Ludíková a kol., 2005, Klenková, 2006, Vítková, Bartoňová, 2010, In: Pipeková et al., 2010) Většina autorů současně upozorňuje na skutečnost nejednoznačného vymezení i v zahraničí (schwerstmehrfachbehinderung, multiple handicap, severe/multiple disabilities).

Sovák (1980, In: Baláž a kol., 1980, s. 19) pod pojmem kombinované vady spatřoval „*složitý celek různě podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků či deformací.*“ Dále poukazoval na nutnost jejich dělení z hlediska pedagogického významu i praktické potřeby na vady hlavní (vedoucí) a přidružené (přídavné).

Vašek (2003, s. 37) vymezuje vícenásobné postižení jako „*multifaktoriálne, multikazuálne a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájomným prekrývaním vzniká tzv. synergetický efekt, tj. nová kvalita postihnutia odlišná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení.*“

Charakteristika postižení více vadami byla zveřejněna též ve Věstníku MŠMT č. 8/1997 pod č. j. 25 602/1997-22, část oznamovací: „*Za postiženého více vadami považuje dítě, resp. žáka postiženého současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům*

opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (SPC), případně pedagogicko - psychologická poradna (PPP), zařazené do sítě škol a školských zařízení MŠMT ČR. “

Klasifikace kombinovaného postižení

Heterogenní složení souboru osob s kombinovaným postižením ve spojení s obtížně určujícími společnými faktory komplikují průběh vytvoření jednotné klasifikace i kategorizace tohoto složitého celku. Již samotné, ve speciální pedagogice hojně využívané, dělení jevu na lehké a těžké postižení je vzhledem k nejasnosti rozhraní mezi jednotlivými stupni zavádějící. Obdobně jako v oblasti terminologického vymezení i zde dochází k postupnému vývoji. Klasická literatura nejčastěji nabízí přehled sestavený podle druhu postižení, jehož základ tvoří mentální postižení v kombinaci s postižením tělesným, smyslovým či poruchami chování. Jako samostatná skupina bývá předkládáno duální senzorické postižení zraku a sluchu, tzv. slepohluchota. (Ludíková a kol., 2005, Renotiérová, Ludíková a kol., 2004)

Lányiová (1980, s. 39 – 40, In: Baláz a kol., 1980) uvádí dělení do dvou skupin. V první se *„k primárnemu poškodeniu sa pridružujúce a v príčinnej nadväznosti sa prejavujúce sekundárne poškodenia, ktoré navodzujú prekážky, respektíve obmedzenia do procesu adaptácie, sú nám všetkým dobre známe.“* Druhou skupinu tvoří jedinci s více primárními postiženími, kdy nedochází k součtu deficitů, ale k vytvoření nové kvality - *„samostatného syndromu.“*

Vančová (2001) pojímá klasifikaci z pohledu možnosti rozvoje osobnosti a zapojení se do společnosti.

Bartoňová, Vítková (2010, In: Pipeková et al., 2010, s. 35), Klenková (2006, s. 182), Opatřilová (2008, s. 9) předkládají klasifikaci vycházející z potřeb resortu školství, kdy jsou děti/žáci s těžkým postižením či souběžným postižením více vadami členěni do tří skupin:

1. *„Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace, která je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a dosažitelnou míru výchovy. Při rozhodování o způsobu vzdělávání je pokládána za vadu dominantní.“*

2. *Druhou skupinu tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči bez přidruženého mentálního postižení. Specifickou skupinu tvoří děti/žáci hluchoslepi.*

3. *Samostatnou skupinu tvoří děti/žáci s poruchou autistického spektra, u nichž jsou diagnostikovány další vady (mentální retardace, vady řeči, vady smyslové a tělesné).“*

V zamyšlení nad obtížností definování či kategorizací uváděného postižení dochází Ludíková a kol. (2005) k závěru budoucí orientace spíše na popis povahy integračních projevů člověka a jejich zvláštností.

Většina autorů odborné literatury se shoduje na poznatcích náročnosti speciálně - pedagogické intervence jedinců s kombinovaným postižením vzhledem k jejich nedostatkům v oblasti kognitivní, komunikační, motorické i psychosociální. Zdůrazňují nutnost důkladné odborné přípravy, využívání speciálních metod práce, modifikovaného vzdělávacího obsahu či individuálního přístupu. Hlavní cíl spatřují v maximálním rozvoji osobnosti, tj. vybavením pro ně dosažitelnými klíčovými kompetencemi, jež tvoří základ integrace do společnosti. Současně zdůrazňují podporu vytváření komunikačních možností u každého jedince bez ohledu na stupeň či druh postižení - často s využitím alternativní (náhradní) a augmentativní (podpůrné) komunikace. Důvodem je vytvoření funkčního komunikačního okruhu, který vede k možnostem dosažení výchovně - vzdělávacích cílů a následné socializaci jako výsledku interakce s okolími, tj. komunikace. (Vítková, Bartoňová, 2010, In: Pipeková et al., 2010, Ludíková, Renotírová a kol., 2004, Ludíková a kol., 2005, Vašek, 2003)

Vzhledem k diagnostice respondentů uvedené ve výzkumné části se zaměřím především na tělesné postižení - mozkovou obrnu a mentální postižení.

2. 2 Tělesné postižení, mozková obrna

Tělesné postižení lze definovat jako „*vady nosného nebo pohybového ústrojí, tj. kloubů, kostí, svalů, šlach, cévního zásobení či poruchy nervového ústrojí včetně vrozených a získaných deformací, jestliže se projevují porušenou hybností.*“ (Kraus, Šandera, 1975, s. 6, Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005, s. 82, Vítková, 2006, s. 39) Skupina osob s tělesným postižením má přes svou variabilitu i heterogennost jeden společný znak - omezení pohybu. Nápadnost pohybové vady negativně ovlivňuje celou osobnost člověka. Současně mohou komplikovat seberealizaci v sociálním kontaktu. (Monatová, 1994) S tímto pojetím se shoduje Vítková (2010, In: Pipeková et al., 2010), jež poukazuje na integrální spojení motoriky, emocí, kognice i percepce.

Klasifikaci ortopedických - pohybových vad lze rozdělit do dvou výchozích okruhů:

a) vady vrozené, které mohou být i dědičné - vznikající v období prenatálním, perinatálním a časně postnatálním (vrozené vady lebky, končetin, rozštěpy...), dědičné - průkaznost výskytu rodová či rodinná,

b) vady získané - příčinou bývá úraz (komoce, komprese, kontuze mozku...) či nemoc (dětská obrna - infekční onemocnění vyvolávající ochrnutí svalů na končetinách, encephalitidy, mozkové nádory...) negativně ovlivňující pohybové ústrojí. (Vítková, 2010, In: Pipeková et al., 2010)

Pohybové vady jsou různého stupně a dále se dělí dle postižené části těla na obrny periferní a centrální (mozková obrna...), deformace (vadné držení těla, myopatie...), amputace. (Monatová, 1994) Velmi zdařilé přehledné schéma nalezneme v literatuře Vítkové. (2010, In: Pipeková et al., 2010)

Z pohledu somatopedického (obor speciální pedagogiky zabývající se edukací osob s tělesným a zdravotním postižením) klasifikujeme do tří kategorií - tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených. (Vašek, 2003, Renotírová, 2002, In: Krejčířová a kol., 2002, Renotírová, Ludíková a kol., 2004, Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005)

Vzhledem k diagnostice respondentů se blíže zaměříme na mozkovou obrnu (kód G80). Změna názvu tohoto onemocnění z užívaného pojmu dětská mozková obrna proběhla aktualizací MKN - 10 platné k 1. 1. 2010. (Vítková, 2010, In: Pipeková et al., 2010) Autorka dále poukazuje na skutečnost uplatňování obou termínů v současné odborné literatuře.

Mozková obrna

Šlapal (2002) považuje mozkovou obrnu (dále MO) za ne zcela jasně definovaný syndrom. Následně jej vymezuje jako postižení vznikající v důsledku poškození velmi nezralého mozku (prenatální, perinatální, časně postnatální období) s dominujícími poruchami hybnými a tonusovými. Hadač (2007), Lesný (1989) připomínají měnitelnost neurologického nálezu v souvislosti s vývojem mozku. Kábele (1988) upozorňuje na odlišné vnímání časového pojetí perinatálního období - pediatři 28 dní po porodu, neurologové posouvají hranici mezi šest měsíců až tři roky, přičemž rozhodující předěl tvoří jeden rok života dítěte. Danou hranici připouští i Šlapal (2002) se zdůvodněním ukončení vývoje tzv. hermatoencefalické bariéry, která posléze chrání mozek před poškozením snáze.

Etiologie mozkové obrny je velmi rozmanitá, mnohdy dochází ke kombinacím příčin. Podle období vzniku třídíme příčiny na prenatální (infekce matky, nedonošenost, těhotenské gestózy...), perinatální (asfyxie, abnormální porod...), časně postnatální (infekce centrální nervové soustavy, úrazy hlavy...). (Šlapal, 2002, Kraus, Šandera, 1975)

Obdobně patogeneze daného centrálního onemocnění závisí na době vzniku působení patologické noxi na nezralý mozek. Z pohledu délky chorobného působení a jeho kvality dochází k rozvinutí centrálního hypotonického či hypertonického syndromu. (Šlapal, 2002, Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005)

Postižení mozku má za následek nejen poruchy hybnosti, ale i psychomotoriky, vědomí (epilepsie), intelektu, smyslů (zrakové, sluchové), tělesného vývoje, řeči či chování. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011, Renotiérová, Ludíková a kol., 2004, Monatová, 1994, Kábele, 1988, Vítková, 2006) Lechta (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) k výčtu řadí též poruchy pocitové diskriminace a Klenková (2006) endokrinologické i vegetativně nervové poruchy.

Mozkovou obrnu (dále MO) dělíme z hlediska tonusové či hybné poruchy do dvou základních forem - spastické, nespastické.

Spastické formy - jsou vyjádřeny trvale zvýšeným tonem (svalové napětí). Do této skupiny řadíme dle většiny autorů odborné literatury následující formy:

- *Diparetická* - paraparéza obou dolních končetin. Paréza (částečné ochrnutí). Spasticitou bývají postiženy adduktory (svaly umožňující přitážení končetiny, tzv. přitahovač) stehy, flexory (sval, který ohýbá končetinu v kloubu, tzv. ohýbač) nohou a bérců. Intelektové schopnosti bývají většinou nepoškozené z důvodu nezasažení mozkové kůry. (Vítková, 2010, In: Pipeková et al., 2010, Renotiérová, 2004, In: Renotiérová, Ludíková a kol., 2004, Kábele, 1988 či Klenková, 2000, 2006) upozorňují na formu monoparetickou - postihující pouze jednu končetinu.
- *Hemiparetická* - spastická obrna horní a dolní končetiny jedné poloviny těla. Zpravidla dochází k závažnějšímu postižení horní končetiny. (Lesný, 1989) Zvláštnosti spojené s intelektovými schopnostmi nalezneme v literatuře Krejčířové, Říčana a kol. (1997).
- *Kvadruparetická* - nejzávažnější postižení všech čtyř končetin. Převládající postižení dolních či horních končetin závisí na jejím vzniku při zdvojení

diparetické (dolní konč.) či hemiparetické (horní konč.) formě. (Kábele, 1988) Kvadruparetickou formu častěji provází výskyt epilepsie i snížení intelektových schopností.

Nespastické formy

- *Hypotonická* - typická snížením svalového tonu. Vyskytuje se v prvních měsících života. Kolem 3. roku dochází k její přeměně v dyskinetickou či spastickou formu. (Kapounek, 1989, In: Pipeková et al., 2010, Kábele, 1988, Renotiérová, 2004, In: Renotiérová, Ludíková a kol., 2004) Pokud se nemění, je často provázena těžkou mentální retardací. Právě postižení intelektu ji odděluje od periferní hypotonie. (Šlapal, 2002)
- *Dyskinetická* - dříve uváděna pod názvem extrapyramidová. (Monatová, 1994, Kábele, 1988, Vágnerová, Říčan a kol., 1991) Typickými projevy této formy jsou nepotlačitelné mimovolní pohyby - choreatické (prudké, trhavé, obvykle drobné), atetotické (hadovité či červovité, pomalé, vlnité vznikají spontánně v klidu či při činnosti), balistické (prudké, většinou celou končetinou), myoklonické (drobné záškuby svalstva). (Kábele, 1988, Kapounek, 1989)

Klenková (2000), Kábele (1988) uvádí ještě formu rigidní či mozečkovou. Rigidní vzniká v pozdějším věku z jiných forem. Vyznačuje se trvalým zvýšeným svalovým napětím, ztuhlostí. Mozečková je charakteristická snížením svalového napětí a poruchami pohybové koordinace. Jak oba autoři uvádějí, bývá považována spíše za samostatný syndrom.

Vítková (2006, s. 43) podaný výčet doplňuje o formu smíšenou, kam řadí „*nejen kombinace dyskinetických forem se spastickými, ale i tzv. kombinované vady, kdy hybné postižení provázejí např. poruchy zraku, sluchu či těžší mentální postižení, které k vlastnímu syndromu mozkové obrny nepatří.*“

2. 3 Mentální postižení

Mentální retardace (dříve užíván termín oligofrenie nebo slabomyslnost) je dle Krejčířové (1997, In: Krejčířová, Říčan a kol., 1997) vážné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální či časně postnatální etiologie směřující k podstatnému omezení v adaptivním fungování postiženého jedince v jeho sociálním prostředí.

Autorka dále dodává, že k diagnostikování syndromu mentální retardace musí jedinec selhávat nejen v testech inteligence, ale i v plnění věku přiměřených očekávání svého sociálního prostředí.

Pro srovnání zde uvádím vymezení 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10), 2. aktualizovaná tisková verze, platná k 1. 1. 2012, s. 242

„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“

Charakteristika mentální retardace významně napomáhá definování teoretických (přesná klasifikace podstatných znaků stavu) i praktických východisek sloužících ke stanovení speciálně - pedagogické intervence. (Krejčířová a kol., 2002, Krejčířová 2004, In: Renotiérová, Ludíková a kol., 2004) Danou intervencí osobám s mentálním postižením se zabývá speciálně pedagogický obor - psychopédie.

Mentální retardace je stav trvalý, vrozený či časně získaný (do 2 let dítěte), tzv. primární mentální postižení - oligofrenie. Pokud dojde ke snížení rozumových schopností po 2. roce života hovoříme o sekundárním postižení - demenci. (Bazalová, 2010, In: Pipeková et al., 2010, Valenta, Müller, 2007)

Etiologie mentální retardace je velice rozmanitá. Nejčastější příčiny jsou v literatuře uváděny jako následky intoxikací, infekcí, úrazů, genetických a dědičných faktorů, metabolických činitelů, fyzikálních i chemických vlivů a další.

V odborné literatuře nacházíme několik typů klasifikačních systémů vycházejících z pohledů daného oboru např. dle typu, symptomatologie, etiologie či vývojových období. (Pipeková, 2004, In: Vítková ed., 2004, Vašek, 2003)

Nejčastěji užívaná klasifikace mentální retardace vychází již zmiňované MKN - 10, platné od roku 1992 v současné úpravě platné k 1. 1. 2012 (upozorňuji na zde užívaný název střední mentální retardace z dříve udávané středně těžké mentální retardace):

- *Lehká mentální retardace* IQ 69 - 50 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 - 12 let)
- *Střední mentální retardace* IQ 49 - 35 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 - 9 let)

- *Těžká mentální retardace* IQ 34 - 20 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 - 6 let)
- *Hluboká mentální retardace* IQ maximálně 20 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky)
- *Jiná mentální retardace* (složitě stanovení stupně mentální retardace pro přidružené somatické, senzorické postižení, autismus či poruchy chování)
- *Neurčená mentální retardace* (mentální retardace prokázána, ale s nedostatkem informací nelze jedince zařadit do jednoho z uvedených stupňů)

Vzhledem k diagnostice respondentů blíže specifikujeme dva stupně mentální retardace.

Střední mentální retardace - většinou vzniká na podkladě orgánové etiologie, výrazně opožděn vývoj myšlení, jemné i hrubé motoriky, řeči, sebeobsluhy, emoční labilita a zkratkovitě jednání. Omezení psychických procesů často komplikuje epilepsie, neurologické a tělesné poruchy. Řeč zůstává jednoduchá, slovník obsahově chudý, někdy pouze nonverbální forma komunikace. Edukační schopnosti omezeny na základy trivia. Vzdělávání nejčastěji probíhá v základních školách speciálních. Jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami ale mají, při splnění stanovených podmínek integrace, možnost edukace v běžné základní škole. Pracovní zapojení těchto jedinců pouze pod odborným dohledem, kdy provádějí jednoduchou, striktně strukturovanou manuální práci. (Bazalová, 2010, In: Pipeková et al., 2010, Kozáková, 2005, In: Ludíková a kol., 2005, Valenta, Müller, 2007, Černá, Lednická, 2004)

Těžká mentální retardace - etiologie na bázi genetické i negenetické (malformace centrálního nervového systému - CNS, poškození zárodečné buňky...). Opoždění ve všech vývojových oblastech ještě výraznější ve srovnání s předchozím stupněm mentální retardace. U mnohých jedinců nedochází k rozvoji řeči, časté je střídání nálad. Pravidelným upevňováním sebeobslužných, hygienických i jednoduchých pracovních návyků jsou schopni naučit se jejich základům. Švarcová (2006) upozorňuje na přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje centrální nervové soustavy ve spojitosti s motorickými či jinými přidruženými poruchami. Vzdělávání probíhá v základních školách speciálních. Pracovní zapojení je možné pouze pod supervizí. (Švarcová, 2006, Černá, Lednická, 2004)

3 Komunikační schopnosti a jejich narušení u jedinců s kombinovaným postižením

U osob s kombinovaným postižením dochází v důsledku motorických, kognitivních či senzorických bariér k narušení komunikační schopnosti různého stupně. Ve srovnání s širší vývojovou normou nacházíme u dané skupiny často opožděný nebo omezený vývoj řeči, manifestující se na úrovni jednotlivých jazykových rovin, ovlivňující vlastní mluvní (řečový) projev. (Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005)

Vašek (2003, s. 190) upozorňuje na limitující faktory, v jejichž důsledku dochází k narušení různých částí informačního koloběhu jedinců s kombinovaným postižením následovně: „ *V dôsledku pôsobenia viacerých limitujúcich faktorov sa môžu vyskytovať ťažkosti v recepcii informácie, alebo pri jeho centrálnom spracovaní, alebo v expresii, tiež v ich kombinácii.* “

3. 1 Komunikace jedinců s mozkovou obrnou

Mozková obrna „*je raně vzniklé poškození mozku (před porodem, za porodu nebo krátce po něm), projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti.*“ (Kábele, 1988, s. 9)

Vývoj řeči u jedinců s mozkovou obrnou bývá značně narušen a to v souvislosti s postižením motoriky i dalšími přidruženými narušeními (mentální retardace, poruchy zraku a sluchu, epilepsie...), které mají negativní dopad na celkový vývoj. Blíže literatura Lechta (2008), Klenková (2006, 2000), Škodová, Jedlička a kol. (2007).

Románek (1977, In: Lechta, 2008) uvádí skutečnost odchylek již v preverbálním období, projevující se potížemi dýchání i sání. Jejich pláč je slabý, ojediněle dochází k broukání, absentuje hra s končetinami, mluvidly a pudové žvatlání.

Gundermann (1981, In: Klenková, 2006, s. 188 - 189) rozvádí nápadnosti oromotorické oblasti jedince následovně:

- „*zaostávání orálních reflexů,*
- *hypersenzibilita nebo hyposenzibilita v ústní oblasti,*
- *neschopnost realizovat při pití rytmické sací a polykací pohyby,*
- *těžké narušení polykacích pohybů,*
- *narušená koordinace čelisti, rtů a jazyka při žvýkání a polykání,*

- *nápadná tvorba hlasu při vitálních funkcích, např. při křičení, pláči, smíchu.*“

Opožděný řečový vývoj vyskytující se u lehčích forem MO či omezený související s těžšími podmiňuje Románek (1977, In: Lechta 2008) celkovým tělesným stavem, stupněm poškození motorických drah, inteligenčním kvocientem a v neposlední řadě též prostředím, v němž jedinec žije. Současně upozorňuje na skutečnost mnohých alternací, kdy následně neshledáváme spojitost mezi oblastmi řeči a klinických nálezů. Kábele (1988) nalézá příčiny daného opoždění v poruše centrálních řečových oblastí v mozku, snížených rozumových schopnostech, poruchách hybnosti mluvních orgánů či sluchu.

Nápadnosti řečového vývoje v jednotlivých jazykových rovinách:

Lexikálně - sémantická rovina - je negativně poznamenána determinovanými možnostmi aktivního získávání podnětů i informací vzhledem k omezené pohyblivosti jedince. Slovní zásoba bývá chudší, řada termínů nepřesná. Příčinu shledáváme v oblasti přidružených poruch - smyslové postižení, epilepsie atd. (Peutelschmiedová, 2005a, Lechta, 2008, Klenková, 2006)

Morfologicko - syntaktická rovina - dochází k zaostávání gramatické stránky řeči. Jedinci nemají problémy s tvorbou slov, k pochybením dochází v průběhu tvorby vět a syntaxu. To je důvodem volby jednoduššího vyjádření pomocí vět holých, tzv. telegramatické řeči. V případě přidružení mentální retardace je daná rovina podstatně zasažena. (Klenková, 2006, Lechta, 2008)

Foneticko - fonologická - nejvíce zasažená jazyková rovina v souvislosti s výslovností jako motorickým aktem. Vzhledem ke spasticitě a dyskinezím (nepotlačitelným mimovolným pohybům) dochází k omezení výslovnosti jednotlivých hlásek, mnohdy neschopnosti jejich spojování do mluvních celků, tj. k porušení automatizace řeči. (Lechta, 2008, Klenková, 2006)

Pragmatická rovina - v průběhu realizace komunikačního záměru naráží jedinci s MO na překážky vycházející z narušení motoriky včetně oromotoriky. (Lechta, 2008)

V souvislosti s narušením svalstva mluvních orgánů, dochází též k poruchám jednotlivých složek řečového projevu, tj. respirace, fonace, artikulace, koordinace i plynulosti mluvního projevu, u nichž jak doplňuje Kábele (1988) současně proběhne globální změna charakteru řeči. Řečový projev může být neobratný a primitivní. (Vágnerová, 2004)

Narušená respirace (dýchání) - Sovák (1978) charakterizuje respiraci jako proměnlivou a nestálou, neboť její projevy jsou vázány na konkrétní formu MO.

Z přehledů uváděných v odborné literatuře lze vyvodit závěr nedostatečnosti výdechového proudu pro řečovou produkci u všech forem MO. (Kábele, 1988, Klenková, 2000, 2006, Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, Lechta, 2008).

Dysfonie - narušená tvorba hlasu opětovně souvisí s jednotlivými formami MO. Kábele (1988) udává výskyt dysfonie u všech těžších forem. Sovák (1978) popisuje hlas v průběhu extrapyramidových poruch ve smyslu kolísavosti mezi makrofonií (nadměrně silný hlas) a mikrofonií (slabý až tichý hlas).

Dysprozódie - narušená modulace řeči (tempo, výška, síla, přízvuk...) je závislá na lokalizaci a rozsahu léze, tudíž i rozpětí tempa řeči zasahuje oba póly, tj. od zpomaleného tempa (bradyartrie) po sakadovanou řeč. Její narušení v důsledku zvýrazní nápadně nesrozumitelnou řeč jedinců s MO. (Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, Lechta, 2008)

Dysartrie - představuje nejtypičtější poruchu řeči u jedinců s MO zasahující celý proces artikulace, tj. článkování a to v oblasti vlastní realizace (respirace, fonace, artikulace, rezonance). Rozvíjí se v důsledku organického poškození centrálního nervového systému. Lejska (2003, s. 99) ji předkládá jako „*poruchu volní pohyblivosti mluvidel, částečnou nebo úplnou obrnu svalů hltanu, svalů měkkého patra, svalů jazyka, svalů rtů a tváří.*“ Podle míry narušení komunikační schopnosti ji dělíme na dysartrii - lehké až těžké porušení a anartrii - neschopnost artikulovat.

Dysartrii klasifikujeme nejčastěji podle lokalizace léze (Cséfalvay, 2003, In: Lechta a kol., 2003, Lechta 2008, Kábele, 1988, Klenková, 2000, 2004, In: Vítková ed., 2004, 2006, Sovák 1978), a to následovně:

- *Korová (kortikální)* - vzniká v důsledku léze motorické korové oblasti. Jedinec vysloví krátká, jednoduchá slova, avšak ulpívá artikulace delších slovních celků. Řeč bývá setřelá, s nádechem spasticity a mlaskavými zvuky, dochází k iteraci (opakování první hlásky, slabiky), objevuje se makrofonie. (Sovák, 1978, Kábele, 1988)
- *Pyramidová* - motorické postižení pyramidové dráhy od kůry k jádrům mozkových nervů v bulbu. Přiřazujeme ji ke spastickým obrnám, v jejichž důsledku je řeč tvrdá, zpomalená, intenzita hlasu kolísavá s přechodem do šepotu, jazyk setrvává v určitém artikulačním postavení, narušena též mimika orofaciální oblasti. (Klenková, 2000, 2004, In: Vítková ed., 2004, 2006)

- *Extrapiramidová* - následek narušení podkorových ganglií na motorické dráhy ovlivňující oblasti svalového tonu dýchacího, hlasového a řečového systému. (Kiml, 1978, In: Lechta a kol., 2003) Dělíme ji na dvě formy - hypertonickou - artikulace je zpomalená, někdy téměř nesrozumitelná, prozodicky změněná, v řeči se objevují poruchy dýchání (častý nádech), mnohdy se setkáváme s palilalií (stereotypní opakování slabik či slov) a hypotonickou - pro artikulaci je typické vyražení některých hlásek společně se změnami v oblasti dýchání, prozodie i fonace. (Cséflvay 2003, In: Lechta a kol., 2003)
- *Cerebelární (mozečková)* - váže se na poruchy mozečku. Podle Kábeleho (1988) se v řeči objevuje pohybová neuspořádanost mluvních celků - ataxie (neschopnost přecházet z jednoho pohybu v opačný), což ústí ve sakadovanou řeč, v jejímž průběhu dochází k častým pomlčkám připomínajícím řeč opilého.
- *Bulbární* - vyskytuje se při narušení motorických jader v prodloužené míše a mostu Varolově či nervů z nich vycházejících ke svalům mluvidel. Sovák (1978) ji předkládá jako typ chabé obrny s největšími problémy v oblasti tvorby adekvátního svalového napětí artikulačních orgánů nezbytného pro výslovnost hlásek vyžadujících současně přesnou koordinaci. Objevují se také potíže při žvýkání a polykání.
- *Smíšená* - vychází z kombinace symptomů jednotlivých forem dysartrie vázaných na stupeň narušení a daný motorický systém. (Lechta, 2008, Cséflvay, 2003, In: Lechta a kol., 2003)

Mezi další projevy ovlivňující komunikační záměr jedinců s MO řadíme:

Huhňavost - charakteristický huhňavý nádech řeči, vyskytující se při pyramidových a bulbárních formách v souvislosti s velofaryngeální nedostatečností při omezené hybnosti vela. (Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, Lechta, 2008)

Koktavost - většina autorů poukazuje na diagnostickou složitost rozlišení spasmů koktavosti a MO. Lechta (2008) upozorňuje na zavádění pojmu dysartrická koktavost, současně však uvádí názor Tarkowského (1999), který pochybuje nad daným pojmem z důvodu neexistence důkazů jejího organického podkladu.

Narušené koverbální chování - úzce souvisí s celkovým obrazem MO vycházejícího z motorického vzorce, kdy např. chudá mimika, dyskineze či hypersalivace (zvýšený slinotok) působí rušivě v komunikačním záměru. Podrobný

popis jednotlivých syndromů (atetotický, choreatický...) nalezneme v literatuře Kábeleho (1988, s. 20 - 21).

Orgánové odchylky – do této kategorie řadíme anomálie skusu, přirostlou jazykovou uzdičku či rozštěpové vady. (Klenková, 2006, Lechta, 2008, Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Klenková (2006) a Sovák (1978) udávají ještě poruchy polykání, které úzce souvisí s hypersalivací. Příčinou bývá chybný či absentující ústní uzávěr vedoucí k narušení polykacího reflexu (dysfagii). Návik správného polykání je obtížné, logoped spolupracuje s fyzioterapeutem - probíhá formou orofaciální stimulace.

3. 2 Komunikace jedinců s mentální retardací

Vágnerová (2004, s. 289) chápe mentální retardaci „jako vrozené postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“

Vlastní vývoj řeči u jedinců s mentální retardací (dále MR) těsně souvisí se symptomy charakterizujícími dané postižení, jež podléhají jejímu stupni, formě i typu. Krejčířová (1997, In: Krejčířová, Říčan a kol., 1997) ve shodě se Škodovou (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) upozorňují na výskyt poruch koncentrace, aktivity či nerovnoměrného rozvoje dílčích schopností v případě vzniku MR jako důsledku organického postižení centrálního nervového systému. Současně poukazují na poruchy chování spojené se autostimulačními stereotypy (vyvolané nepřiměřenou nebo nesrozumitelnou stimulací) a sociální nepřiměřeností (vymezenou věkem) i vyšší výskyt poruch psychických.

Vzhledem k nerovnoměrnému postižení kognitivních schopností nacházíme u těchto jedinců vždy zpomalený a opožděný řečový vývoj, který podle klasifikace Sováka (1978) nikdy nedosáhne hranice širší normy, tudíž jej nazýváme omezený. Jak uvádí Vágnerová (2004) i Škodová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) řečové vyjádření jedinců s mentální retardací bývá narušené jak po obsahové (morfologie a syntax...), tak formální stránce (výslovnost) včetně modulačních faktorů řeči.

Nápadnosti řečového vývoje v jednotlivých jazykových rovinách

Lexikálně - sémantická - hodnocení slovní zásoby závisí na stupni mentální retardace, kdy lze využít pojmu omezená až velmi chudá. Vágnerová (2004) zdůvodňuje omezenou slovní zásobou potíže v porozumění řečovému sdělení včetně

jeho celkového kontextu. Z výzkumu Šifové (1965, In: Lechta, 2008) vyplývá skutečnost sporadického používání slov vyjadřujících vlastnosti či kvalitu objektů. Ve slovníku převládá pasivní slovní zásoba, která je ve srovnání širší normy ve výrazném nepoměru k aktivní. Obdobné výsledky shledáváme v oblasti rozšiřování aktivní slovní zásoby, jež u jedinců širší vývojové normy aritmeticky stoupá. Tento jev u jedinců s mentální retardací neplatí. (Kainz, 1943, In: Lechta, 2008) Sémantizace se uskutečňuje na základě asociace (spojení) jednoho slova k více předmětům podobným i nepodobným. Generalizace (zevšeobecnění) pro většinu zůstává nedosažitelná. Požár (1984, In: Lechta, 2008) upozorňuje na častější užívání nevýznamových slov ve srovnání s významovými.

Morfologicko - syntaktická - danou rovinu jsou podle Sováka (1981, In: Lechta, 2008) dokáží uskutečnit pouze jedinci s lehkou mentální retardací. Seeman (1955) společně se Šifovou (1965, In: Lechta, 2008) udávají stálé užívání jednoduchých vět ještě ve věku šesti až osmi let dítěte. Vágnerová (2004) považuje četné agramatismy prezentující jazykovou necitlivost a nápadnou jednoduchost vyjádření (stereotypní výběr slov, jednoduché věty, echolálie, perseverace - opakování bez porozumění či bez kontextu) za příznačný atribut řečového projevu jedinců s MR.

V literatuře Lechty (2008) nalezneme bližší specifikaci morfologie s udávaným nejčastějším využíváním podstatných jmen (substantiva) a snižujícím se počtem sloves (verba), přídavných jmen (adjektiva), příslovcí (adverbia) či zájmen (pronomia). Nepoměr mezi verby a substantivy pokládá Habiňáková (1974, In: Lechta, 2008) za charakteristický rys omezeného řečového vývoje u jedinců starších tří let.

Foneticko - fonologická - Vágnerová (2004) spatřuje nápadnosti řečového projevu jedinců s MR v méně přesné výslovnosti, což úzce souvisí s narušením motorické koordinace mluvidel či nedostatečnou sluchovou diferenciací. Lechta (2008) doplňuje výčet o nedoslýchavost, motorickou neobratnost a vliv sníženého intelektu, Škodová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí ještě anomálie mluvidel či deformace chrupu a narušení modulačních faktorů řeči. K fixaci hlásek dochází až v průběhu školního věku, tj. v období, kdy jedinci širší normy mají tento vývoj ukončen. (Lechta, 2008)

Pragmatická - tvoří nejméně prostudovanou rovinu, v níž mají jedinci potíže s vlastním komunikačním záměrem. Dané problémy se objevují v oblasti pochopení, aplikace komunikačních vzorců či zpětnou vazbou (reakcí) na určitou komunikační

situaci ve spojitosti s hloubkou (stupněm) MR. Současný výskyt limitujících faktorů (mozková obrna, smyslová postižení...) situaci nijak neulehčuje. (Lechta, 2008)

Poruchy řeči

Poruchy řeči u jedinců s mentální retardací vznikají na podkladě několika faktorů. Klenková (2006) ve shodě s Lechtou (2008) mezi ně řadí sníženou mentální úroveň, kdy s těžším stupněm dochází ke kombinacím několika poruch, v nichž se prolínají jednotlivé hranice, opoždění motorického vývoje, nedostatečnou motorickou koordinaci, poruchy sluchu, nepodnětné prostředí a anomálie mluvních orgánů.

Dyslálie - podobně jako u intaktních jedinců i zde patří mezi nejčastější. Problémy způsobují nejen sykavky a vibranty, ale i lehčí hlásky (P, F, V). Autoři udávají občasnou absenci hlásek na konci slov, což zdůvodňují kolísavostí koncentrace. Současně upozorňují na delší časový úsek věnovaný fixaci a automatizaci hlásky. (Klenková, 2004, In: Vítková ed., 2004, 2006, Lechta, 2008)

Huhňavost - vzniká v důsledku organických změn na mluvních orgánech. Zavřená - zbytnělá nosní mandle, otevřená - nedostatečná inervace měkkého patra. (Klenková, 2004, In: Vítková ed., 2004, 2006)

Breptavost - zrychlená řeč s typickým vynecháváním hlásek či slabik. U jedinců s mentální retardací se vyskytuje u eretického (neklidného) typu. Kombinuje se s dysgramatismem i koktavostí. (Lechta, 2008)

Koktavost - kolem této poruchy je řada nejasností. Někteří autoři ji specifikují spíše jako kombinaci breptavosti s koktavostí, přičemž udávají společný orgánový podklad poruch plynulosti řeči. (Lechta, 2008)

Dysartrie - vzniká při spojení poruch motoriky i mentální retardace. Blíže popisována v kapitole 3. 1 Komunikace jedinců s MO.

Echolalie - vyskytuje se u jedinců s dobrou napodobovací schopností, kdy dochází k opakování slyšeného bez porozumění. (Klenková, 2006, Lechta, 2008)

Dysprozódie - narušení modulačních faktorů řeči způsobující u jedinců poruchy motoriky. Symptomy na řeči spočívají v její monotónnosti, pomalosti a tichosti či zrychlenosti i vzrušenosti. (Klenková, 2004, In: Vítková ed., 2004, 2006) Lechta (2008) zmiňuje i poruchy hlasu - chrapot či tichý hlas.

3. 3 Symptomatické poruchy řeči

Symptomatické poruchy řeči řadíme do samostatné kategorie narušené komunikační schopnosti. Sovák (1978, s. 411) uvádí „*pokud se patologie řeči promítá v syndromy jiných vad, pak jde o symptomatické vady.*“ Při bližším pohledu na předloženou definici lze říci, že se shoduje s později prezentovaným pojetím Lechty (2008, s. 52): „*Symptomatické poruchy řeči tedy definujeme jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění.*“

Etiologické faktory symptomatických poruch řeči jsou velmi variabilní, což v mnoha případech vede k jejich obtížnější diagnostice i vzájemnému odlišení. Autoři odborných publikací předkládají tři různé modely vážící se ke vzniku dané poruchy:

- primární příčina vyvolá dominující postižení, jež provází mimo jiného symptomatická porucha řeči - dědičnost vyvolá hluchotu, (Lechta, 1990, 2008)
- primární příčina způsobuje dominující postižení s druhotně narušenou komunikační schopností, základní příčina, ale zároveň vyvolá další poškození negativně ovlivňující komunikaci - organické poškození vyvolá MR provázenou NKS, souběžně však nepříznivě působí na inervaci mluvidel, (Peutelschmiedová, 2005a)
- výskyt dvou i více primárních příčin působí nepříznivě na komunikační schopnosti jedince - slepota vlastní příčinou vyvolá např. opožděný vývoj řeči, zároveň však např. nepodnětné prostředí může ještě více narušit komunikační schopnosti jedince. (Klenková, 2006)

Velmi přehledné schématické znázornění nalezneme v literatuře Lechty (1990, 2008).

Klinický obraz symptomatických poruch řeči nelze vzhledem k variabilitě dominujícího postižení i etiologických faktorů včetně zpětnovazebních reakcí chápat jako součet dominujícího postižení a narušené komunikační schopnosti, nýbrž ve smyslu kvalitativně odlišné samostatné logopedické kategorie. (Lechta, 2008, Klenková, 2006)

Kategorizaci symptomatických poruch řeči pojímá Lechta (2008) z hlediska charakteristických znaků jednotlivých postižení na specifické (dysprozódie u jedinců s vrozenou hluchotou...) a nespecifické - netypické.

Symptomatické poruchy řeči jsou popisovány u jedinců s mentální retardací, s mozkovou obrnou (v literatuře užíván pojem dětská mozková obrna), se sluchovým

postižením, se zrakovým postižením, s dalším narušením a onemocněním. (Peutelschmiedová, 2005a)

Sovák (1978) uvádí výskyt daných poruch v oblasti neurologické, tj. především u jedinců s mozkovou obrnou v expresivní (vnější) složce řeči či oblasti psychiatrické, kdy narušují obsahovou (vnitřní) složku řeči. Lechta (2008) se k danému názoru přiklání a prezentuje projevy narušení ve všech jazykových rovinách.

Prognostická východiska podléhají „*charakteru primární příčiny, stupni a specifikům dominujícího postižení, jakož i kvalitě vlivů sociálního prostředí.* (Lechta, 2008, s. 55)

Na základě vzájemně se kombinujících a prolínajících symptomů poruch vznikají kombinovaná postižení. V souvislosti s narůstajícím počtem jedinců s daným postižením, zdůrazňuje Lechta (2008) nutnost dalšího výzkumu zahrnující též komplexní intervenci, přičemž poukazuje na přítomnost symptomatických poruch řeči objevujících se v podobě prvotních symptomů závažných onemocnění, které mohou pozitivně ovlivnit jejich následky.

4 Logopedická intervence u dětí s kombinovaným postižením

4. 1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti u jedinců s kombinovaným postižením

Pojmem diagnostiky ve speciální pedagogice se blíže zabývala Přinosilová (2007), jež ji charakterizuje ve dvou pojetích. Užší specifikuje jako tzv. speciálně - pedagogickou diagnostiku, jíž uskutečňuje speciální pedagog. V širším pojetí hovoří o diagnostice ve speciální pedagogice, která analyzuje průběh vývoje v závislosti na etiologických faktorech vývojových odchylek i možnostech podporujících další rozvoj jedince, tj. komplexní diagnostikou - *psychologickou* (zahrnuje patologické i nenarušené složky osobnosti v souvislosti interakce se sociálním prostředím, úroveň rozumových schopností, specifika kognitivních a psychických schopností), *medicínskou* (určující patologii, její stupeň i možnosti stimulace), *sociální* (zkoumají oblast sociálního prostředí formující osobnost jedince), *speciálně - pedagogickou* (zjišťující potenciál vzdělávání a výchovy, a s tím navazující možnosti další speciálně - pedagogické podpory).

Diagnostika tedy vždy vyplývá z týmové (komplexní) spolupráce mnoha odborníků, tj. psychologa, foniatra, logopeda, neurologa, oftalmologa, psychiatra, fyzioterapeuta a dalších.

Jak uvádí Bendová i Kozáková (2005, In: Ludíková a kol., 2005) vycházíme v diagnostice kombinovaných postižení především ze zjištění etiologického faktoru postižení, následně pak z úrovní schopností v oblastech jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, laterality, senzomotoriky, sebeobsluhy, rozumových i řečových schopností, vyšetření zraku, sluchu, chování, momentálního zdravotního stavu a sociálních podmínek. Jankovský (2006) k danému výčtu přidává vhodnost vyšetření úrovně trivie (čtení, psaní a počtů).

Přinosilová (2007, 2010 In: Pipeková et al., 2010) i Zelinková (2011) upozorňují na výskyt shodných příznaků, které mohou mít různé příčiny. Z tohoto důvodu dochází v diagnostickém procesu k volbě takových vyšetření, s jejichž pomocí dochází finálnímu stanovení konkrétního postižení.

Vítková (2006, s. 103 - 104) upozorňuje na potíže, které mnohdy vznikají v oblasti praktického uplatnění diagnózy určené psychologem na základě standardních testů

u jedinců s těžkým tělesným či kombinovaným postižením. V této souvislosti nabízí možnost uplatnění podpůrné diagnostiky jako „*dynamické jednotky individuálních předpokladů a nutností na jedné straně a konkrétních možností další podpory na druhé straně.*“ Chápe ji ve smyslu procesního hodnocení (neustálého i průběžného), v němž chování dítěte vystupuje v kontextu chování pedagoga. Podpůrná diagnostika vychází z informací získaných na základě těchto postupů - pozorování, rozhovor a dotazování, analýza výkonu, kreativní vyjádření a testy.

Vítková (2006) vybízí k nutnosti pohlížet na vývoj každého jedince ve smyslu dynamického procesu s mnoha spolupůsobícími faktory. Tato skutečnost neakceptuje speciálně - pedagogickou diagnostiku v poloze chápání její neměnnosti. Na základě daného pojetí dochází k určení edukačních možností, tj. prognózy.

Jankovský (2006, s. 73) na závěr dodává, že „*kvalitní speciálně - pedagogické vyšetření (stejně jako psychologické, ale i ostatní odborná vyšetření) je totiž nutným předpokladem pro úspěšnou edukaci, resp. pro odhad (prognózu) faktických možností v této oblasti.*“

Logopedická diagnostika jako součást speciálně - pedagogické diagnostiky tedy vyžaduje komplexní spolupráci mnoha odborníků. Úloha logopeda spočívá ve zhodnocení symptomů řečového projevu a sestavení terapeutického plánu. (Neubauer, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, Klenková (2000, 2006), Saláková (2010))

U jedinců s mozkovou obrnou vychází diagnostika především z úzkého propojení somatického postižení a řečových schopností. Logoped by tedy měl znát faktory, jež mohou ovlivnit výslednou řečovou aktivitu (smyslové, mentální postižení, poloha, momentální stav...). Určení úrovně komunikačních schopností vychází ze znalosti vývojové normy dané oblasti, s níž logoped porovnává skutečnosti zjištěné u jedince s MO. Klenková (2000) následně předkládá několik zásad uplatňovaných v průběhu komplexního vyšetření - princip komplexnosti (spolupráce odborníků) včetně znalosti výsledků jednotlivých odborných diagnostik, zjištění anamnestických dat, individuální vyšetření probíhající ve vhodném prostředí, vycházející z kalendářního věku (zásada vývojovosti) i vhodné motivační formy, dlouhodobost diagnostického procesu.

Autoři odborných publikací vychází v diagnostickém procesu z metodik Františka Kábeleho (1988) či Viktora Lechty a Zsolta Cséfalvaye (1990). Kábele (1988,

In: Lechta a kol., 2003, s. 243), Saláková (2010) uvádí stručnou charakteristiku daného metodického postupu, v němž se hodnotí:

- „*primární pohyblivost mluvních orgánů (plynulý výdech, foukání, pískání, regulace vzduchu, protrakce a retrakce jazyka),*
- *artikulace izolovaných hlásek a hláskových spojení,*
- *celkový mluvní projev (opakování vět s různou délkou, reprodukce a nakonec samostatný plynulý mluvní projev),*
- *základní pohybové schopnosti (extenze a flexe prstů, extenze a opozice palce apod.),*
- *základní motorické předpoklady k psaní (držení tužky a kreslení určitých tvarů),*
- *schopnost psaní (izolovaných písmen a napsání souvislého textu).“*

Metodika je podle autora uspořádána tak, aby jednotlivé úkoly byly srozumitelné dětem jak školního, tak předškolního věku a posuzována v rozmezí 0 - 3 body. Současně upozorňuje na hodnocení všech složek řečového procesu včetně rezonance, respirace, fonace i prozódie.

Cséfalvay (1990, 2003, In: Lechta a kol., 1990, 2003) specifikuje diagnostický proces do oblastí respirace, artikulace, fonace, rezonance a souvislého projevu, přičemž se každá z nich posuzuje samostatně. V této metodice logoped hodnotí povahu a způsob nádechu (inspirace) i výdechu (expirace) včetně řízení výdechového proudu. Dále primární pohyblivost rtů, jazyka, sanice, patra či reflex zvracení. Možnou dysfagii (poruchu polykání) lze diagnostikovat po nabídnutí sklenice vody. Hlasové i fonační faktory na basi úvodního rozhovoru. Opakování jednoduchých vět či popis dějového obrázku umožňuje zhodnotit plynulost mluvního projevu. Pokud se, jak udává autor, podaří získat audio či lépe video záznam, lze posoudit nejen vlastní mluvní projev, ale i koverbální chování či neverbální komunikaci. (Cséfalvay, 2003, In: Lechta a kol., 2003, Saláková, 2010)

Neubaer (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007), Neubauerová (2011, In: Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011), Saláková (2010) vymezují oblasti komplexního vyšetření z pohledu logopeda následovně:

- existence smyslových poruch (sluchové, zrakové) ve spojení s rozvojem řečové komunikace,
- fonaci (tvorba hlasu), respiraci (dýchání) a salivaci (slinotok),
- zhodnocení polykání v souvislosti příjmu potravy,

- schopnost fonematické diferenciacie, rozumění řeči i obsahu mluvy,
- stav orofaciální oblasti a hybnosti mluvidel,
- grafomotorické a hybné procesy, dyskinéze těla i mluvidel,
- rozvoj expresivní složky řeči - rezonance, artikulace i jazykové schopnosti (jednotlivé jazykové roviny),
- školní dovednosti vzhledem k věku.

V souvislosti s diagnostikou aplikovanou u dětí v raném věku upozorňuje Klenková (2000, 2006) na nutnost doplnit hodnocení o vyšetření nahrazení primárních reflexů, tj. sacího, hledacího, kousacího a dávivého aktivním sáním, polykáním i žvýkáním či jejich přetrvávání po uplynutí tří až čtyř měsíců života, udržení očního kontaktu, nonverbálního (neverbálního) vyjádření.

U jedinců s mentální retardací je podstatné postihnout neuropsychologický profil tvořící výchozí bod další stimulace jedince. (Krejčířová, 1997, In: Krejčířová, Říčan a kol., 1997, Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) Podle slov Škodové (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) realizuje danou profilaci pro logopeda psycholog.

Vyšetření se zakládá na určení intelektové úrovně jedince, konceptuálních dovedností - abstraktní myšlení, vytváření pojmů ...), podrobném popisu senzorických a percepčních schopností, paměti, pozornosti, konstrukčních a vizuoprostorových schopnostech, řeči, úrovně pohybových schopností, kam řadíme sílu, vytrvalost, koordinaci, stabilitu i rychlost pohybu, dynamické stanoviska - motivaci, způsobu učení, smyslů, jež v průběhu učení jedinec nejkvalitněji využívá, vlastním sebepojetím, metodách navazování sociálních vztahů či zvládání obtížných situací. (Krejčířová, 1997, In: Krejčířová, Říčan a kol., 1997, Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, Saláková, 2010)

Jak dále dodává Škodová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 398, Saláková, 2010) posuzování řeči a úrovně pohybových schopností si logoped vzhledem ke své odbornosti diagnostikuje samostatně. Hodnocení s ohledem na schopnosti respondenta zahrnuje:

- „*vyšetření rozumění řeči,*
- *vyšetření obsahové stránky řeči (úroveň pasivní i aktivní slovní zásoby a schopnost využít ji adekvátně jejímu obsahu v komunikaci),*
- *vyšetření řečových motorických funkcí (respirace, fonace, artikulace),*

- *zhodnocení úrovně prozodických faktorů řeči,*
- *zhodnocení možností a schopností neverbální komunikace (ke kompenzaci těžkých poruch komunikace).“*

Diagnostický proces u jedinců s těžším stupněm postižení či nespolupracujících, dochází k hodnocení na základě úvodního pozorování a detailním studiu anamnézy. (Krejčířová, 1997, In: Krejčířová, Říčan a kol., 1997, Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Logopedickou diagnostiku zaměřuje Sovák (1978) do oblasti obsahové i formální stránky řeči, pozorování dosažené vývojové úrovně či ustrnutí. Následně upozorňuje na možnost nesouladu zevní řeči a obsahové stránky. V této souvislosti nabádá k ostražitosti při diferenciaci nápodoby od skutečného užití transferu. Obdobně jako např. Dolejší (1983) pohlíží na stanovení pásma intelektové úrovně čistě orientačně, což dokládá dynamičností vývoje a jeho možným ovlivněním výchovou.

Z uvedeného lze vyvodit úzkou spojitost diagnostických metod a postupů včetně jejich vzájemného prolínání a kombinování v komplexním hodnocení jedinců s kombinovaným postižením.

4. 2 Terapie narušené komunikační schopnosti u jedinců s kombinovaným postižením

Terapie jedinců s kombinovaným postižením opět vyplývá z kontextu komplexní intervence. Probíhá tedy na základě diagnostiky, která stanoví možnosti dalšího rozvoje. Včasná aplikace intervence tvoří nepostradatelnou složku komplexní terapie. (Peutelschmiedová, 2005a) S tímto názorem koresponduje Jankovský (2006), jenž považuje včasnou (ranou) intervenci za jedno z hledisek významně ovlivňující kladný výsledek terapeutické i edukační oblasti. Vítková (2006, s. 129) zdůrazňuje potřebu aplikace rané intervence *„od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy, do doby, než je dítě zařazeno do některého typu školského zařízení.“* Pokud se zaměříme na autorky monografií zabývající se kombinovaným postižením, nacházíme rozdělení terapeutické intervence do oblasti léčebně preventivní péče, výchovně vzdělávací péče a sociální péče. (Eisová, 1982) Tato autorka ve své monografii specifikuje intervenci především z pohledu výchovně vzdělávací péče, kdy za cíl označuje zmírnění defektivy (pozn. termín platný v době vzniku monografie). (Saláková, 2010) Autorka druhé publikace Ludíková

a kol. (2005) koncipuje terapii i diagnostiku z pohledu jednotlivých pedií, tj. psychopedie, somatopedie atd. V oblasti somatopedické vychází intervence z konceptu ucelené rehabilitace. (Saláková, 2010).

Terapie u jedinců s mozkovou obrnou (MO) jako multidisciplinární okruh působení prolíná intervencí mnoha odborníků v kontextu podpory vývojových oblastí jedince (motorika, kognitivní schopnosti, chování). Současně je úzce spjata s Františkem Kábelem, který ve své monografii z roku 1988 podrobně rozpracoval metodiku uplatňovanou v rozvoji hybnosti a řeči, jíž rozvádí do šesti základních zásad.

1. *Zásada vývojovosti* - Kábele (1988) upozorňuje na nutnost dodržování fylogenetického a ontogenetického vývoje, tj. přípravné období rozvoje primární motoriky mluvidel musí být dostatečně prostorné. Až po jejím zvládnutí lze přistoupit k vyvozování hlásek s následnou fixací a automatizací. Klenková (2000, s. 63) zdůrazňuje, že „*u souběžného postižení tělesného a mentálního, zvláště u těžších forem, nejsou někdy děti schopny artikulovat ani jednotlivé hlásky.*“ Kábele (1995, In: Klenková, 2000, s. 63) v těchto případech doporučuje „*začít napodobováním hlasu zvířat a přírodních zvuků.*“
2. *Zásada reflexnosti* - využívá reflexů v rozvoji pohybových i komunikačních dovedností. Jedinec cvičí v reflexně - inhibiční poloze, snižující mimovolní pohyby a spasticitu. Tuto polohu charakterizuje opačné postavení hlavy i končetin, než je tomu při nedařícím se pokusu o mluvní či pohybový pokus. Autory reflexně - inhibičních poloh jsou manželé Bobathovi. (Lechta, 2008)
3. *Zásada rytmizace* - využívání rytmu při nácviku plynulého a koordinovaného mluvního i pohybového projevu vede k uvolnění svalového i psychického napětí. (Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)
4. *Zásada komplexnosti* - stimulace za současného působení více podnětů prostřednictvím více analyzátorů, např. nácvik artikulace před zrcadlem se současným čtením daných hlásek. (Kábele, 1988)
5. *Zásada kolektivnosti* - nácvik pohybového a mluvního projevu v malém kolektivu 2 - 4 jedinců v klidném prostředí podporujícím komunikaci s vrstevníky. (Klenková, 2006)
6. *Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu* - volba metod i náročnost požadavků odpovídá individuálním schopnostem jedince v souvislosti s jeho řečovými i pohybovými výkony. (Kábele, 1988)

Bližší popis jednotlivých zásad uvádí Kábele (1988), Klenková (2000, 2004, In: Vítková ed., 2004, 2006), Lechta (2008), Hudáčová (2002).

Úzká vazba mezi terapií logopedickou a fyzioterapeutickou nabízí podporu ucelených rehabilitačních konceptů a metod, které jsou aplikovány v kontextu narušené komunikační schopnosti. Vzhledem k respondentům této práce jsou zmíněny pouze ty, jež byly v jejich terapiích použity. Ostatní pouze představíme s odkazem na literaturu:

Vojtova metodika reflexní lokomoce spočívá v realizaci správného hybného vzorce, jež v souvislosti se vzpřimováním a chůzí, kdy pod vlivem nevědomé souhry svalstva, dochází k chybně uplatňovanému hybnému vzorci, který by se bez podpory dále prohluboval. Soubor postupů je s ohledem na motorický vývoj jedince realizován na basi dvou pohybů - reflexní plazení z polohy na břicho a reflexního otáčení z polohy na zádech. (Orth, 2009) Klenková (2000, 2006) udává využití dané metodiky pouze v oblasti fyzioterapeutické bez možného přenosu do logopedické terapie. Neubauer (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) naopak upozorňuje na pozitivní stimulaci orofaciální motoriky a respirace dle spoušťových bodů po aplikaci fyzioterapie.

Neuromotorická vývojová terapie a orofaciální regulační terapie Castillo Morales - daný koncept je dle jeho autora sestaven ze tří částí:

- „*neuromotorická vývojová terapie pro ošetření dětí se statomotorickou retardací, meningomyelokélou a periferními parézami,*
- *orofaciální regulační terapie pro pacienty se senzomotorickými poruchami v oblasti obličeje, úst a hrdla, obzvláště při nápravě poruch sání, žvýkání, polykání a mluvení,*
- *popřípadě rehabilitace pomocí speciální destičky na patro (ve spojení s orofaciální regulační terapií).“ (Morales, 2006, s. 21)*

Mezi techniky užívané v daném komplexu terapeutem řadíme dotyk, lechtání, tlak, tah a vibraci. Navození správných funkcí orofaciálního systému tvoří cíl dané terapie. (Morales, 2006)

Bližší popis konceptů a metod nebo odkazy na vhodnou literaturu nacházíme v monografiích Klenkové (2000, 2006), Kittelové (1999), Neubauera (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, 2011, In: Lechta a kol., 2011), Lechty a kol., (1990), částečně Sováka (1978), Kábeleho (1988), Opatřilové (2008).

Bobathova metodika (koncept Bobath) - pohybové problémy závisí na patologických tonových reflexech včetně hlubokých šjiových reflexů, které není

možné potlačit z důvodu poruchy centrálního nervového systému. (Klenková, 2000, 2006) V logopedické terapii lze využít ústní terapii napomáhající příjmu potravy a polykání se současnou podporou orofaciální motoriky (Neubauer, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007), a to Terapie Petöho, Kabatova metodika, Metoda M. C. Crickmayové, Synergetická reflexní terapie, Funkční svalová terapie v orofaciální oblasti Claunitzerových, Myoterapie, Myofunkční terapie prof. Garlinera, Metodika myofunkční terapie Kittelové.

V diplomové práci Salákové (2010) jsou uváděny též odkazy na internetové stránky k některým konceptům a metodám. V současné době nalezneme na www.centrumspirala.cz/cz/vyukove-centrum (dne 25. 8. 2012 v 14.30 hod.) nabídku kurzů pořádaných výukovým centrem v oblasti Synergetické reflexní terapii pořádaných jak pro odborníky, tak pro osoby pečující o jedince se speciálními potřebami (rodiče...)

Neubauer (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, 2011, In: Lechta a kol., 2011) člení řečovou terapii do tří oblastí:

- stimulace spontánních motorických řečových schopností,
- stimulace motoriky mluvidel a artikulačních schopností,
- podporu celkového sociálního a mentálního rozvoje jedince.

Kábele (1988, s. 99) předkládá tři aspekty uplatňované v rozvoji řečových schopností:

- „*cvičíme současně funkce všech mluvních orgánů, ústrojí dýchacího, fonačního, rezonančního a artikulačního, a tím i všechny stránky mluvního projevu, plynulost a znělost, výška, síla a barva hlasu, rytmus řeči i správnost artikulace,*
- *u závažnějších poruch kterékoli složky se začíná rozvíjením primární hybnosti příslušného ústrojí, aby se vytvořily základní pohybové dovednosti jako podklad k pohybovým funkcím mluvním,*
- *současně s formální stránkou mluvního projevu se cvičí i stránka obsahová.*“

Podle Sováka (1978) musí nácvik řeči probíhat na bázi vhodně zvolené motivace, pomocí rytmizace jednoduchých výrazů posléze básniček. Za velmi efektivní složku terapie pokládá spolupráci s rodinou, protože tak jedinec prožívá pocit dialogu.

Poslední upozornění se váže k průběhu terapeutického působení, kdy musíme mít na zřeteli redukované možnosti experimentace (související s koordinací při manipulaci s předměty, motoriky jazyka či ústním uzávěrem (Beckerová, 1983, In: Lechta 2008), stimulace (charakterizovaný odmítavým nebo přehnaně pečujícím postojem rodičů), imitace (nápodoba pohybů artikulačního ústrojí probíhající na základě zrakového

i sluchového aparátu závisí na individuálních motorických schopnostech každého jedince). (Lechta, 2008) Současně Kábele (1988) i Lechta (2008) zdůrazňují překážky vyskytující se při pokusech o úmyslný artikulační pohyb, tj. zvýšená spasticita a dyskineze.

Logopedická terapie u jedinců s mentální retardací vyplývá z jejího stupně, formy a typu. Dnes již není potřeba připomínat nutnost včasného zahájení intervence, tj. rané péče ani její komplexnost. Klenková (2006) upozorňuje na skutečnost zahájení komunikace nikoli prvním slovem, ale vzájemným kontaktem matky s dítětem. Boudzio, Vatera (1992, In: Stará, 1996) v této souvislosti nabízejí jakési návody podporující stimulaci omezených funkcí dítěte (např. jak ovlivňovat orální reflexy, jak překonávat nadměrné slinění u dítěte ...).

Lechta (2008), Klenková (2006), Peutelschmiedová (2005a), Neubauer (2010) se shodují na potřebě uplatňovat v průběhu intervence určité zásady. Peutelschmiedová (2005a, s. 84) je specifikuje následovně: „*respektujeme tzv. verbální věk, koncentraci na průpravná cvičení, rozvíjení jemné motoriky a fonematického sluchu. Důležitý je pochopitelně řečový vzor.*“ Přehlednější a podrobnější popis nalezneme v publikacích Klenkové (2006) a Lechty (2008):

- Zásada imitace přirozeného vývoje řeči - intervence navazuje na dosažený vývojový stupeň.
- Zásada spojená s věkem jedince, kdy v intervenci považujeme za primární věk verbální, tj. mentální nikoli chronologický, tj. kalendářní. (Klenková, 2006) Z těchto důvodů se terapeut nejprve zabývá přípravnými cvičeními a rozvojem obsahové stránky řeči (rozvoj slovní zásoby). V pozdějších fázích se pozornost soustředí do oblasti formální stránky řeči. (Lechta, 2008)
- Zásada výstavby řeči, v níž se „*projevové zvuky kombinují s pohybem a spojují s významem. Z významových zvuků se postupně vytvářejí mluvní zvuky až slova.*“ (Sovák, 1978, s. 403) V průběhu aplikace dané zásady bychom podle Lechty (2008) neměli usilovat o vyšší úroveň „za každou cenu“ v případě dosažení hranice mentálních předpokladů.
- Zásada rozvoje motoriky (rozvoj motoriky artikulačních orgánů - průpravná cvičení masáže, lechtání, jež jsou zpočátku aplikovány pasivně s postupným přechodem k aktivní formě), sluchové percepce, schopnosti fonematické

diferenciace (podstatné především z pohledu kombinace se sluchovým postižením). (Lechta, 2008)

- Zásada rytmizace, v níž dochází ke stimulaci rozvoje řeči za podpory hudby ve spojení s pohybem. (Klenková, 2006)
- Zásada názornosti - Klenková (2006) zdůrazňuje nemožnost mechanického opakování bez podpory např. obrázků. Sovák (1978, s. 403) ji chápe ve smyslu „*správné a nenásilné stimulace, využití napodobovacího pudu a zvláště vazba na názor, na konkrétní. Postupuje se od jednoduchého ke složitějšímu, úměrně k rozumovým schopnostem dítěte.*“
- Zásada správného řečového vzoru s klidným hlasem, zřetelně, jasně a v odpovídajícím tempu pronášenými jednoduchými větami. (Lechta, 2008)
- Zásada přizpůsobení veškerých aktivit individuálním požadavkům jedinců. (Klenková, 2006)
- Logoped záměrně vytváří situace, jež stimulují jedince k řečové aktivitě. (Klenková, 2006)
- Medikamentózní intervence podle Lechty (2008) přispívá ke zlepšení pozornosti a spolupráce v průběhu sezení.

V těžších případech by se logopedická intervence měla zaměřit nonverbální a alternativní komunikaci, tak aby byl jedinec schopen vyjádřit základní potřeby. U jedinců se střením retardací spočívá intervence v maximálně možném rozvoji komunikačních schopností a dovedností (v obsahové složce řeči), přičemž není prioritou bezchybná řečová aktivita (formální stránka řeči). Hrubá chyba uváděná autorkou spočívá v rychle aplikované úpravě formální stránky řeči, tj. výslovnosti, aniž by jedinec měl vytvořenu dostatečně velkou slovní zásobu a řeč obsahově chápal. (Škodová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Současně považuji za podstatné uvést názor Böhma (1976, In: Lechta, 2008, s. 98, Saláková, 2010, s. 43), který udává „*nejpozdější věk pro osvojení řeči u dětí s mentální retardací, je věk kolem 14 let. Podle něho děti s mentální retardací po 14. roce už nemohou dosáhnout žádného zlepšení.*“

Z výše uvedeného lze vyvodit závěr, který interpretoval Neubauer (2010, s. 60), kdy záměr logopedické intervence u jedinců s mentálním postižením s více vadami spočívá především „*v rozvoji jazykového a pojmového systému (a to i neverbálně, je-li*

to nutné), srozumitelnosti řečového projevu (ne pouze artikulace), zlepšení rozumění řeči a neverbální komunikace, praktické zlepšení schopnosti domluvit se, komunikovat.“

V logopedické intervenci jedinců s kombinovaným postižením dochází obdobně jako v diagnostice k prolínání jednotlivých postupů volených v souladu s individuálními schopnostmi a dovednostmi každého jedince, tak aby byla co nejlépe podpořena komunikační dovednost.

4. 3 Ucelená (komprehensivní) rehabilitace

Vychází z pojmu rehabilitace, který dle Jankovského (2006) již striktně nevychází z fyzioterapie jako zdravotnické aktivity, ale charakterizuje také interdisciplinární obor zahrnující intervenci léčebnou, pracovní, sociální i pedagogickou.

Cílem daného konceptu je co možná největší zapojení jedinců se speciálními potřebami do aktivního života. (Jesenský, 1995) Pod pojmem ucelená chápe Jakobová (2007, In: Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011, s. 11) především *„včasnost, kontinuitu a všestrannost jednotlivých komponent konceptu.“*

Léčebná rehabilitace

Radíme ji do oblasti zdravotnické intervence, v níž jsou aplikovány takové postupy vedoucí k eliminaci či odstranění funkčních projevů postižení. Votava (2005) ji člení z pohledu vertikálního (obnovení původního stavu) či horizontálního (obnovení pouze částečné). Jankovský (2006) třídí léčebnou rehabilitaci do následujících oblastí:

- a) *fyzikální terapie* - masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, laserové záření, léčba teplem, vodoléčba, balneoterapie,
- b) *léčebná tělesná výchova* - Vojtova metoda reflexní lokomoce, koncept Bobath, komplexní metodika prof. Tardieu, Petöho metodika konduktivní pohybové pedagogiky, Kabatova metodika, vývojová kineziologie podle Čákové, Pfaffenrotova synergická reflexní terapie,
- c) *ergoterapie* - zde považují za podstatné uvést zvláštnosti dětské ergoterapie, které vyplývají *„ze skutečnosti, že dítě s kombinovaným postižením nemá žádné zkušenosti z minulosti a své pohybové vzory si teprve buduje, tudíž nejde pouze o návrat ztracených funkcí.“* (Bendová, 2005, s. 87, In: Ludíková a kol., 2005)
- d) *animoterapie* - hipoterapie, canisterapie,
- e) *další specifické terapie* - arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie,

- f) *další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace* - léčba pomocí chirurgických zákroků, technické (kompenzační) pomůcky, farmakoterapie, úprava životosprávy, manipulační léčba včetně mobilizace.

Sociální rehabilitace

Spočívá ve snaze „dosáhnout co největší možné míry soběstačnosti i samostatnosti, tak aby byl jedinec schopen akceptovat své postižení a integrovat se do společnosti. Úzce navazuje na léčebnou.“ (Neubauerová, 2011, s. 19, In: Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011) Sociální rehabilitace zahrnuje též poradenství (legislativa, dávky sociální podpory, podpora rodin, pracovní zapojení ...), jež zajišťuje sociální pracovník. (Saláková, 2010)

Pedagogická rehabilitace

Vztahuje k oblasti pedagogického působení, tj. výchovy, vzdělávání a přípravy na budoucí povolání. Současně však rozvíjí soběstačnost, samostatnost a specifické dovednosti jedinců s kombinovaným postižením vedoucí k výslednému aktivnímu životu. (Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005)

Pracovní rehabilitace

Tento proces zahrnuje nejen profesní přípravu, ale systematickou intervenci zaměřenou na uplatnění jedinců s postižením na trhu práce. (Jankovský, 2006) Systém podporovaného zaměstnávání má napomoci jedincům s postižením uplatnit se na trhu práci za podpory asistenta. (Neubauerová, 2011, In: Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011) Tento model se však neobejde bez problémů. (Jankovský, 2006)

Bližší popis jednotlivých složek konceptu ucelené rehabilitace naleznete v literatuře Neubauerové, Javorské, Neubauera (2011), Jankovského (2006), Pipekové, Vítkové (2001), Votavy (2005), Jesenského (1995), Valenty, Müllera (2007).

5 Alternativní a augmentativní komunikace

5.1 Pojem alternativní a augmentativní komunikace a její klasifikace

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK či AAC – alternative and augmentative communication) tvoří dynamickou multidisciplinární oblast kompenzující (přechodně či trvale) projevy těžkých poruch expresivní složky řeči. (Cséfalvay, Vliet, Gúthová, 2002, In: Ludíková a kol., 2005)

Systémy AAK přispívají k efektivnímu dorozumívání takového stupně, jenž poskytne osobám s těžkým postižením možnost konstruktivního zapojení do společenských aktivit a podpoří potřebu stát se rovnocennými komunikačními partnery. Současně pomáhají eliminovat deprese plynoucí z dané problematiky.

Laudová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007), Klenková (2004, In: Vítková ed., 2004) doporučují diferencovat mezi pojmy alternativní a augmentativní komunikace, již chápou ve smyslu obecného pojmu vyjadřujícího konkrétní přístup (v praxi uskutečnitelný mnoha rozličnými způsoby) a systém alternativní a augmentativní komunikace, kterým rozumí souhrn všech prostředků i postupů umožňujících rozvoj dorozumívání určité osoby.

Systémy augmentativní komunikace podle Laudové (2007, s. 565, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007, Saláková, 2010) „podporují již existující komunikační dovednosti, které jsou však nedostatečné pro běžné dorozumívání,“ tj. usnadňují vlastní vyjadřování a zvyšují hodnotu porozumění.

Systémy alternativní komunikace slouží jako náhrada mluvené řeči. V případě osob se sluchovým postižením nahrazují znakový jazyk. (Krahulcová, 2002)

Prudký rozmach i aplikace systémů AAK do speciálně pedagogické oblasti jsou v České republice datovány do období 90. let 20. století. V Praze dochází k založení Sdružení pro alternativní a augmentativní komunikaci (rok 1994). Posláním daného sdružení je nejen podpora osob se závažnými poruchami komunikačních dovedností, ale též zvyšování informovanosti odborné i laické veřejnosti v oblasti užívání metod a pomůcek pro komunikaci. (www.saak-os.cz, staženo 25. 8. 2012 v 15:00)

Efektivní využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace v praxi prolíná širokým spektrem těžkých postižení, v jejichž důsledku dochází k poruchám komunikace, tj. od vrozených poruch - mozkové obrny, autismus, těžké vývojové vady... přes získané poruchy - úrazy mozku, nádory, cévní mozková příhoda...

k degenerativním onemocněním - Parkinsonova nemoc, skleróza multiplex, muskulární dystrofie a jiné. Laudová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007), Janovcová (2010) Velká variabilita jednotlivých postižení klade samozřejmě značné nároky na flexibilitu a různorodost komunikačních systémů, jež využívají osoby všech věkových kategorií.

Základní klasifikace systémů AAK:

1. systémy nevyžadující pomůcky (unaided)

- *nonverbální komunikace* - pohled, gesta, držení těla, mimika, modulace hlasu...
- *manuální znaky a systémy* - znakování klíčových slov, prstová abeceda, Lormova abeceda...

2. systémy vyžadující pomůcky (aided)

- *netechnické (low tech)* - užívají jednoduché prostředky bez hlasových výstupů, např. trojrozměrné symboly, fotografie, piktogramy ...
- *technické (high tech)* - jednoúčelové elektronické nástroje pro komunikaci s tištěným (nápisi, obrázky, symboly, fotografie ...) či hlasovým výstupem, počítače upravené dle individuálních potřeb uživatele se speciálním hardware i software (Laudová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)

5. 2 Kritéria pro volbu systému alternativní a augmentativní komunikace

Při volbě vhodného systému AAK postupujeme vždy s ohledem na individuální potřeby, schopnosti a dovednosti budoucího uživatele, ale i možnosti samotného komunikačního systému. U osob s mentálním postižením samozřejmě zohledňujeme stupeň abstrakce v souvislosti s úrovní kognitivních schopností. Janovcová (2010, s. 19) uvádí ve shodě s Kubovou (1996) následující faktory, které jsou v daném procesu rozhodující:

a) Pedocentrická hlediska

- *„Verbální dovednosti, event., pokusy o komunikaci, gesta, mimika, zvuky (schopnost být omezené nebo narušené artikulace),*
- *porozumění slovní zásobě a všem aspektům jazyka (rozsah aktivní i pasivní složky slovní zásoby),*
- *fyzické dovednosti (přesnost cílených pohybů a rozsah pohybů v prostoru),*

- *stav smyslových orgánů (zejména sluchu a zraku),*
- *dobu průčeschnosti (míra unavitelnosti, soustředění),*
- *věk,*
- *předpoklad dalšího rozvoje,*
- *kognitivní schopnosti,*
- *potřebu a motivaci ke komunikaci,*
- *podporu rodiny a personálu,*
- *schopnost interakce.“*

b) Systémová hlediska

- *„Způsob přenosu (dynamický, tj. např. znaková řeč nebo statický, tj. např. piktogramy),*
- *inkonicita (zřetelnost, průhlednost, míra abstrakce),*
- *rozsah slovní zásoby a shoda s mluveným jazykem (např. derivační morfologie: spánek - ospalý, hlad - hladový...).“*

Mezi dynamické systémy (spočívající v uplatňování znaků i gest) řadíme znakovou řeč pro neslyšící, Makaton, prstovou abecedu. Statické systémy (předkládající symboly ve dvou či trojrozměrném formátu) tvoří piktogramy a Bliss systém. (Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005)

Výběr přiměřeného systému by neměl být založen pouze na jednom typu pomůcek. Vhodnější formu spatřuji v kombinaci užívání několika technik či strategií, které se vzájemně doplňují, což podporuje multidisciplinární přístup. Dané systémy je nutné využívat při každodenních aktivitách tak, aby se nestaly jen příležitostnou záležitostí a byly efektivně využívány.

U Laudové (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) nacházíme čtyři složky optimálního využití alternativní a augmentativní komunikace:

- Lingvistická kompetence* - zahrnuje adekvátní ovládnutí slovní zásoby a gramatiky rodného jazyka, kódů využívaných v AAK, zajištění zkušeností s expresí, jazykovou a řečovou stimulací. Cíl spočívá v určení přiměřené rovnováhy mezi slovní zásobou vycházející z normálního jazykového vývoje a smysluplných pojmů zásadních pro konkrétního uživatele.
- Operační kompetence* - využívá aktuální kognitivní a motorické dovednosti v oblasti obsluhy systému (aktualizace slovní zásoby, nabíjení elektronických pomůcek a další).

c) *Sociální kompetence* - orientace v pravidlech sociální komunikace (udržení očního kontaktu, dovednost zahájit, udržet i ukončit dialog a jiné).

d) *Strategická kompetence* - flexibilita a variabilita komunikačních strategií v kontextu situace, tak aby splňoval požadavky příjemce (pomalejší znakování).

Ještě před vlastním seznámením s metodami alternativní a augmentativní komunikace (AAK) považují za podstatné zdůraznit jejich pozitivní i negativní aspekty.

Výhody spojené s užíváním systémů AAK spatřují autoři odborných publikací především ve snížení tendence k pasivitě jedinců se speciálními potřebami, rozvoji kognitivních (zejména řečových) schopností, zvyšování zapojení se do vzdělávacích a volnočasových činností, rozšiřování možností pro komunikaci či konverzaci v situacích, kde dříve byli pouze pasivními posluchači, napomáhání k samostatnému vyjadřování, rozhodování i prezentaci sebe samých. (Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005, Kubová, 1996, Klenková, 2004, In: Vítková ed., 2004)

Ovšem i tato oblast sebou nese určitá *negativa (nevýhody)* spočívající v menší společenské akceptaci a využitelnosti, částečném oddělení uživatelů od majoritní společnosti (užší spektrum osob, jež ovládají dané systémy), evokují pozornost veřejnosti, proces porozumění předchází vlastnímu vyjádření (systémy si musí uživatel nejprve osvojit a poté je dokáže aplikovat), přežívá mýtus - uživatel AAK nebude nikdy mluvit. (Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005, Klenková, 2004, In: Vítková ed., 2004, Kubová, 1996, Janovcová, 2010)

5. 3 Systémy alternativní a augmentativní komunikace

V současné době již existuje dostatečné množství systémů AAK. Následující text popisuje známé, dle předpokladů budoucích uživatelů často používané systémy. Ve svých publikacích jsou uváděny mnoha autory Klenková (2004, In: Vítková ed., 2004, 2006), Kubová (1996, 1999), Laudová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007), Valenta, Müller (2007), Krahulcová (2002), Janovcová (2010), Bendová (2005, In: Ludíková a kol., 2005), Slowík (2010), Knapcová (2003, 2011).

Trojrozměrné symboly

Zastoupeny reálnými předměty, jejich částmi nebo miniaturami. Uživatelům umožňují zrakovou i haptickou kontrolu. Laudová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) upozorňuje na překrývání pojmenování předmětu a symboliky konkrétní aktivity

(hrnek - zástupný symbol x pojem pít). Negativa dále spatřuje v nemožnosti reprezentace abstraktních pojmů.

Fotografie

Představují pro uživatele jednodušší (než např. grafické symboly) černobílé či barevné dvojrozměrné zobrazení předmětů, osob, činností. Tvoří předstupuň abstraktnějších systémů. (Laudová, 2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Bliss symboly

Systém grafických symbolů (reprezentován geometrickými tvary) vytvořený Charlesem Blissem s původní intencí zavést jednotný komunikační kód vedoucí k vzájemnému porozumění mezi národy. V elementární fázi však zůstal tento systém bez efektu. Znovuobjeven byl v 70. letech 20. století kanadskými odborníky, jímž napomáhal v podpoře komunikace osob s tělesným postižením. Následně došlo k jeho modifikacím a rozšíření na skupiny osob s mentálním, kombinovaným postižením či jedince po cévních mozkových příhodách. Základní slovník obsahuje přibližně 100 symbolů. Jejich kombinací lze vyjádřit nové významy, čímž dochází k rozšiřování slovní zásoby. (Krahulcová, 2002) V těchto aspektech spatřuje Laudová (2007, In: Škodová, Jedlička a kol., 2007) příčinu výraznější flexibility i abstraktnosti (ve srovnání s ostatními systémy). Právě na vysokou úroveň abstrakce upozorňuje Valenta, Müller (2007) ve spojitosti výběru daného systému u osob s těžkým mentálním postižením.

Piktogramy

Zahrnují černobílé značně konkrétní zobrazení předmětů, činností, vlastností. Jejich jednoduchost zaručuje snadné porozumění jak uživatelům, tak komunikačním partnerům a to bez ohledu na věk, národnost, kulturu či postižení. (Krahulcová, 2002, Kubová, 2008)

Edukací piktogramů prolíná znakování i verbální řeč. Případné problémy v porozumění jejich obsahu lze podpořit spojením s fotografií či reálným předmětem. Jednoduchým řazením je možné sestavit věty, rozvrh hodin (napomáhá orientaci v průběhu dne), kuchařský návod nebo složit písničku. Jejich umístěním na nábytek či označením místnosti dochází k podpoře prostorové orientace. (Valenta, Müller, 2007) Postupem času jsou piktogramy modifikovány v rámci počítačových programů, např. Piktogramy, Altík, Altíkovy úkoly. (Janovcová, 2010)

Ve speciálně - pedagogické praxi jsou pro svou podpůrnou a substituční funkci v rozvoji řeči aplikovány u osob s těžším mentálním, tělesným postižením či jedinců s poruchami autistického spektra. (Valenta, Müller, 2007, Kubová, 1996, 2008)

Picture Communication Symbols

Barevné i černobílé realističtější symboly než jsou piktogramy, vytvořila logopedka Roxana Johnson. Soubor obsahuje cca 3000 pojmů, jež rozliší dítě od 18 měsíců věku. (Laudová 2007, In: Škodová, Jedlička, 2007)

Výměnný obrázkový komunikační systém

Vychází z metodiky The Picture Exchange Communication System, který vznikl v USA. U nás jej modifikovala PhDr. Margita Knapcová. Systém rozdělila do 7 výukových a 4 doplňkových lekcí, jimiž jednotlivě metodicky provádí jak komunikačního partnera, tak asistenta. Edukace jedince probíhá postupně od motivační výměny symbolu za požadovaný předmět, následnou diferenciací určitého symbolu, tvorbou tabulek obsahujících odnímatelné symboly a končí sestavováním smysluplných vět na větný proužek, který předává komunikačnímu partnerovi. (Valenta, Müller, 2007)

Knapcová (2011) charakterizuje Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS jako vysoce motivující (děti dostanou, co chtějí), rychle osvojitelný, redukující nevhodné chování z důvodu aktivního podněcování komunikace samotnými dětmi, dobře srozumitelný širokému okolí. Na závěr Knapcová (2011, s. 88) zdůrazňuje skutečnost, „že klíčem k úspěšnému užívání VOKS není otázka, co používat jako alternaci řeči, ale jak symboly používat, tedy způsob, jakým jsou klienti vedeni používat obrázky a jiné pomůcky ke komunikaci.“

Makaton

Jazykový program vytvořený ve Velké Británii logopedkou Margaret Walker a psychiatrickými konzultanty Katy Johnston a Tony Cornforthem. Základy daného programu spočívají na basi aplikace v určité zemi svědomitě volených a standardizovaných znaků podporovaných mluvenou řečí i symboly. (Kubová, 1996, 2008, Valenta, Müller, 2007)

Znaky Makaton jsou odvozeny z národního znakového jazyka neslyšících. Současně nabízí možnost znakovat pouze tzv. klíčová slova, tj. slova (znaky) zásadního významu celého sdělení. (Krahulcová, 2002) Symboly Makaton zprostředkovávají vícesmyslový přístup v komunikaci - primární nástroj komunikace či podpůrný

prostředek rozvíjení jazyka. Celý slovník zahrnuje cca 350 znaků roztříděných do osmi stupňů (po 35 - 40 slovech) dle rostoucí náročnosti na pohybovou koordinaci i abstrakci. Devátý stupeň tzv. přídatný zahrnuje znaky vycházející z individuálních potřeb uživatele. Edukace končí dosažením hranice schopností uživatele. Tehdy se slovník považuje za kompletní komunikační nástroj. (Janovcová, 2010, Bendová, 2005, In: Ludíková a kol., 2005)

Znak do řeči

Systém znaků reprezentovaný nejstarší formou komunikace, tj. mimikou, gestikulací a řečí těla. V praxi orální řeč pouze doplňuje, nikoli nahrazuje. Valenta, Müller (2007) jej vzhledem k otevřenosti považují za více flexibilní a méně standardizovaný ve srovnání s Makatonem. Kubová (1999, 2008) zdůrazňuje typický rys Znaků do řeči, tj. znakem jsou doplněna pouze nejdůležitější slova věty. Cílem systému je „*celkový rozvoj komunikativních dovedností, nikoliv pouze zvládnutí mnoha znaků.*“ Kubová (1999, s. 6)

Český znakový jazyk

Dohodnutá soustava znaků, která na základě daných principů formuluje symboly reálného či abstraktního světa. Má vlastní strukturu i syntax odlišnou od mluveného jazyka. (Krahulcová, 2002)

Znakovaná čeština

Mezistupeň znakové řeči a mluveným českým jazykem. Respektuje gramatiku verbálního vyjádření s uplatněním všech slovních druhů, pomocných sloves či syntaktické roviny. Koncovky jsou často dokončovány prstovou abecedou. (Janovcová, 2010)

Facilitovaná komunikace

Ve speciální pedagogice jedna z nejkontroverznějších metod usnadňujících komunikaci osob s pervazivními vývojovými poruchami. (Kubová, 2008) Autorkou metody pocházející ze 70. let 20. století je Rosemary Crosley. Podstatu komunikace představuje mechanická podpora částí horní končetiny facilitátorem, který vytváří protitlak ruce vzhledem ke svalovému napětí uživatele. Současně tak zajišťuje zpětnou vazbu i stimulaci pohybu ruky. Primární fáze spočívá v držení prstu či ruky, postupně opora přechází vzhůru přes zápěstí, loket až k rameni. V závěrečné fázi již uživatel v přítomnosti facilitátora komunikuje samostatně bez jakékoli opory vyjádřené dotykem. (Krahulcová, 2002, Kubová, 2008, Saláková, 2010)

Sociální čtení

Řadíme mezi netradiční metody využívané při vzdělávání osob s těžším mentálním či kombinovaným postižením. Sociální čtení spočívá v možnostech poznávání okolního světa se současným využitím získaných poznatků.

Klenková (2006, s. 209) ve shodě s Kubovou (1996) jej chápe *„jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zraková znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se vyskytují v nejbližším okolí, aniž by byly využívány čtecí dovednosti (techniky čtení). Sociální čtení chápeme v tomto kontextu jako součást sociálního učení.“*

Sociální čtení lze členit podle Valenty, Müllera (2007, s. 161) do tří kategorií, a to *„soubor obrázků a textů, piktogramy, dopravní značky a symboly, slova a skupiny slov.“*

Globální čtení

Globální čtení se zakládá na spojení obrazového materiálu s textem, který je umístěn v dolní části (pod obrázkem) a vytvořen hůlkovým písmem. Tato metoda nachází uplatnění převážně v edukaci osob s mentálním postižením, které nemají předpoklady pro úspěšné zvládnutí běžně užívané metody analyticko - syntetické.

V literatuře Kubové (1996, s. 38) nacházíme tři základní metodické principy:

- *„diferencování a přiřazování shodných obrázků (osoby dle vzoru vyhledají identický obrázek),*
- *volba a vyhledání na slovní pokyn (osoby již asociují, dle názvu vyhledají vhodný obrázek),*
- *pojmenování (osoby dle pokynu obrázek vyhledají, následně samostatně pojmenují).“*

Bazální stimulace

Metoda, v níž pomocí smyslů vnímáme sebe samého i okolní svět. Schopnost vnímání podporuje pohyb a komunikaci, tzn. percepce (vnímání), lokomoce (pohyb) i komunikace se vzájemně ovlivňují. (Friedlová, 2003)

Stimulace probíhá na bázi základních prvků, tj. vibrační (zvukové), somatické (vnímání přes kůži), vestibulární (vnímání změn poloh vlastního těla). Prvky nástavbové reprezentuje optická (zraková), auditivní (sluchová), taktilně - haptická (hmatová), olfaktorická (čichová) a orální (chuťová) stimulace. (Friedlová, 2003)

Tento koncept ústí do bazální formy dialogu, kterou prezentuje DOSA – metoda. (Janovcová, 2010)

Dosa – metoda

Podpůrná metoda vycházející z komunikace pohybem zohledňující aspekty tzv. bazálně dialogického přístupu, v němž je jedinec schopen vnímat a reagovat na okolní svět pouze prostřednictvím komunikace tělo k tělu. Tato metoda klade velké nároky nejen na prostředí, v němž probíhá, ale i na pedagogy techniku aplikující. Přijetí kontaktu je podle Bergeesta (1993, In: Klenková, 1997) možné pouze v případě, kdy pedagog primárně vnímá vlastní chování, pocity i myšlenky. Sekundárně výraz obličeje a polohu těla jedince. S tímto názorem se shoduje i Klein (1990, In: Klenková, 1997, s. 71), jenž vyjádřil rozdíl mezi komunikací a pouhým ošetřováním následovně: *„Bez vědomého prožitku vlastní tělesnosti v kontextu s dítětem a bez intenzivní koncentrace na dítě, zůstává toto počínání vězet v povrchnosti a formálnosti technického ošetřování.“*

Komunikační pomůcky s hlasovým výstupem

Komunikátory - výstup v podobě digitalizované řeči, tj. nahrané, přirozené nebo syntetické řeči generované počítačem, nepřirozené. Pracují na basi tlačítek, které lze různě označit a každé má nahranou specifickou frázi. Komunikátory jsou využívány jako doplněk či součást komunikační taktiky. (Janovcová, 2010)

Počítačová technika - dle Janovcové (2010, s. 36) *„jsou stimulatorem motivace a prostředkem k navázání snadnější a rychlejší spolupráce s dítětem.“*

Výzkumná část

6 Systémy alternativní a augmentativní komunikace v rozvoji komunikační schopnosti jedince s kombinovaným postižením

6. 1 Formulace výzkumného problému, stanovení výzkumných cílů, metodologie

Cílem výzkumného projektu je:

- kompletní rozbor logopedické intervence dětí s kombinovaným postižením se zaměřením na systémy alternativní a augmentativní komunikace a efektivitu jejich podpory v rozvoji komunikační schopnosti,
- strategie volby systémů alternativní a augmentativní komunikace, vhodnost a možnosti jejich použití u jedinců, vybraných do výzkumného vzorku,
- vývoj systémů alternativní a augmentativní komunikace v časové ose.

Při zpracování této rigorózní práce byly použity následující metody a techniky:

- *Obsahová analýza dokumentů* - provedena v teoretické (odborná literatura) i empirické části (lékařské zprávy, logopedická, školská dokumentace - sběr dat).
- *Pozorování* - *zjevné, nezúčastněné* - použito ke sběru dat, vyhodnoceno v empirické části (pozorování v prostředí školním, domácím i logopedických praxí).
- *Interview* - *kombinace řízeného i neřízeného rozhovoru* - podporuje sběr dat, následné vyhodnocení a využití v empirické části.
- *Kazuistický přístup* - případová analýza, posouzení a formulace závěrů.

6. 2. Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumu jsou za souhlasu rodičů zařazeny tři děti se speciálními vzdělávacími potřebami odlišného věku. Dva chlapci 19 a 12 let, dívka 8 let. U všech dochází k diagnostice mozkové obrny (MO) v kombinaci s mentálním postižením. Chlapec č. 1: G 80.0 - MO jiná, mentální retardace středně těžká až těžká. Chlapec č. 2: MO spastická (diparetická forma), mentální retardace středně těžká až těžká. Dívka č. 3: MO spastická

(diparetická forma), mentální retardace středně těžká při horní hranici. Všichni zkoumaní respondenti jsou aktuálně žáky speciálních základních škol. Vzhledem k minimálnímu rozvoji komunikačních schopností, je u těchto dětí rodiči i odborníky podporováno alternativní řešení daného problému. Každé dítě prochází péčí několika specialistů, včetně stimulace v SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci v Praze (CAAK).

Výběr respondentů a první kontaktování rodičů s postupným nastíněním plánovaných procesů prováděno od března 2010. Za pomoci e - mailů i telefonického kontaktu dochází od června 2010 k osobním rozhovorům s pedagogickými pracovníky speciálních škol, jež respondenti navštěvují. V září 2010 zahájen sběr výzkumných dat, ukončen v prosinci 2011. Případová studie chlapce č. 1 byla součástí výzkumného projektu diplomové práce (Saláková, Analýza logopedické péče jedince s kombinovaným postižením, 2010), proto mohly být aktuální poznatky porovnány s jednoročním odstupem.

7 Případová studie chlapce č. 1

(k datu ukončení výzkumu 19, 3 let)

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v úplné rodině společně s mladším bratrem (zdráv). Otec dítěte dosáhl středoškolského vzdělání s nynější pracovní pozicí mechanik pracovních strojů. Matka dosáhla úrovně vysokoškolského vzdělání a pracuje ve školství. Z vážných civilizačních chorob lze v rodině dohledat výskyt cukrovky (babičky z matčiny strany, strýc a otec z otcovy strany), karcinomy (prarodiče z matčiny strany). Matčina strana též zatěžuje rodinnou anamnézu proděláním otevřené tuberkulózy (pradědeček), jež byla v minulosti léčena zváněním. Další anamnéza bezvýznamná.

Osobní anamnéza

Chlapec narozen z první gravidity komplikované v prvním trimestru angínou. Porod probíhá záhlavím s rizikovými faktory, 10 dní před termínem. Rodiče i novorozenci podáván kyslík - dítě při porodu přidušeno, kříšeno však není. Poporodní nestabilní teplota iniciuje jeho umístění do inkubátoru po dobu 2 dní, kde také postupně překonává silnou novorozeneckou žloutenku. Porodní váha 2370 g a míra 47 cm. Appgar skóre 8 - 8 - 9.

Matka již záhy po porodu zjišťuje u chlapce jisté odlišnosti od intaktních dětí. Kromě hypotrofie a hypertonie registruje minimální reakci na jakékoli podněty (příjemné i nepříjemné). V souvislosti s vtočením levé končetiny k vnitřní straně předloktí, shledává asymetričnost pravé a levé strany těla dítěte. Zatímco pravá působí zcela normálně, levá naopak křečovitě - celkově menší v poměru k druhé polovině. Ptóza levého víčka představuje další závažný symptom. Vzhledem k původnímu zaměstnání zdravotní sestry nepovažuje matka tyto příznaky za odpovídající normě. Obavy o zdravotní stav syna ji vedou k interpelaci na ošetřující lékařku. Ta však považuje dítě za zcela odpovídající vývojové normě a obavy matky pokládá za bezpředmětné.

Ošetřující pediatr, diagnostikuje u chlapce lehké opoždění. Pečlivě sleduje postupný psychomotorický vývoj a na konci roku 1992 svěřuje dítě do péče neurologa, který po vyšetření navrhuje stimulaci pomocí Vojtovy metody reflexní lokomoce (bližší

popis v kapitole 4. 2). Tato stimulace probíhá pravidelně v domácím prostředí i rehabilitační ambulanci do tří let věku dítěte.

Raný psychomotorický vývoj

Do konce roku 1995 chlapec prodělává především běžná dětská onemocnění, jako otitis a záněty horních cest dýchacích. Na základě reference pediatra, podrobuje matka chlapce alergologickému vyšetření. Na základě došlých výsledků iniciována imunologická terapie. Onemocnění infekční mononukleosou (rok 1997) vede k četným obtížím - především stavům urputné únavy či nechutenství spojené se zvracením. Následná léčba spočívá v respektování dietetických pravidel a pravidelné ambulantní péči. Klasická dětská onemocnění nejsou chlapcem doposud prodělána.

Operace - prosinec 1992 pupeční hernie, únor 1993 insuficietní paralytický ileus, r. 1996 odstranění nosní mandle, r. 2004 úprava deformity kostrče.

Chlapec zvedá hlavičku ve 3 měsících, v 5 měsících se otáčí na bok, ne zpět. Sedí přibližně od 10 měsíců. Samostatný vzpřímený stoj v roce. Lezení se objevuje v 15 měsících, chůze ve 23 měsících, což odpovídá věkově mladšímu dítěti.

Nejzávažnější vývojový deficit se projevuje v oblasti řeči a komunikačních dovedností. Křik je slabý, jakoby chlapec nevěděl, jak přivolat pomoc. Brouká s opožděným nástupem a velmi sporadicky. Žvatlání má charakter jednoduché vokalizace se svým světem. V případě řečové aktivity dospělého dochází k ukončení veškerých chlapcových projevů i přes jinak pozitivní odezvy na okolní prostředí. Předřečové stadium trvá cca 2 roky. Matka dítěti pravidelně předčítá. Společné chvíle tráví prohlížením obrázkových knih. Na základě těchto aktivit se postupně objevuje prvotní vědomá a cílená vokalizace. Chlapec reaguje na obrázky snahou o proslovení přírodních zvuků vázajících se k určitému zvířeti. Podpora rytmicizace v krátkých říkankách, zpěv či hra na kytaru přispívají k dalšímu rozvoji. Ze soukromých zápisů matky vyplývá skutečnost občasného použití hlásek a jejich následné sdružování do slabik.

Ostatní hygienické návyky jsou v průběhu dne dítětem udržovány od konce roku 1994 (2 roky). Noční pomočování ovládá od srpna 1995 (3 roky).

Diagnostika

První rok života dítěte charakterizuje odborná neurologická diagnostika provedená na základě žádosti ošetřujícího pediatra. Výsledky vyšetření prokazují hyperexcitabilní a centrální hypertonický syndrom, lehkou psychomotorickou retardaci, hraniční mikrocephalii, semiptózu levého očního víčka. Na doporučení specialisty je bezprostředně iniciována stimulace pomocí Vojtovy metody reflexní lokomoce.

V období mezi 2. - 3. rokem je chlapec ošetřujícím neurologem odeslán k podrobné neurologické diagnostice do Thomayerovy nemocnice. Počítačová tomografie (CT - moderní zobrazovací metoda, která využívá prozáření lidského těla Rentgenovými paprsky k vytvoření obrazů lidského těla. Vzniká vrstvé zobrazení, které dovoluje posuzovat změny ve vnitřních orgánech) prokazuje rozšíření subarachnoidálních prostorů na konvexně mozku frontálně vlevo (prostornější levá postranní komora). U chlapce se k semiptóze přidává strabismus. Cytogenetické vyšetření iniciované za účelem upřesnění etiologie postižení nepřináší jasnou odpověď - karyotyp probanda je normální, organický nález nelze jednoznačně zařadit.

V období 4 - 7 let dochází k prvotnímu rozšíření diagnostického týmu specialistů z oborů - foniatrie, psychologie, logopedie. Provedené kontrolní vyšetření počítačové tomografie, dokumentuje periventrikulární atrofii mozku. Současně BERA (vyšetření pomocí evokovaných potenciálů slouží k objektivnímu určení sluchového prahu a stavu sluchové dráhy a center sluchu) vyšetření verifikuje lehkou pravostrannou převodní sluchovou vadu. Psychologické vyšetření dokládá diagnózu středně těžké mentální retardace s těžší retardací vývoje aktivní řeči, lehce naznačené autistické rysy. Prvotní foniatrická diagnostika uvádí opožděný a aberentní vývoj řeči v rámci těžkého CNS postižení. Následná vyšetření specifikují omezenou hybnost jazyka kraniálním směrem, adiadochokinesu (porucha schopnosti rychle střídát pohyby z jednoho směru po opačný). Klinický logoped po provedení orientačního vyšetření motoriky, zrakového, sluchového vnímání, laterality, řeči (obsahové i formální stránky) ve spolupráci s foniatrem realizuje diferenciální diagnostiku vývojové dysfázie. Neurologem diagnostikována frustní centrální paréza, mozková obrna (dále MO).

Diagnostická intervence mezi 7 - 12 lety chlapce primárně spočívá v oblasti logopedické a foniatrické s následným určením diagnózy - kombinované postižení, mozková obrna, mentální retardace, dysartrie (smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními). Po překročení 15. roku života se u chlapce objevují komplikace

neurologického stavu - epilepsie. Současně diagnostiku doplňuje fyziatr - hypomimie, skoliosa ThL lehká, hyperkyfosa Th a L páteře, asymetrie šíje, předsun hlavy, protrakce ramen, lopatek, stoj a chůze samostatně o širší basi, pedes excavati.

V závěru lze po ujednání se současným odborným lékařem - neurologem uzavřít chlapcovu diagnózu následovně: *G 80.8 jiné MO, cerebelární, extrapyramidové symptomy, hyperkinetický syndrom, psychomotorická retardace (dále PMR) - středně těžká až těžká, autistické rysy, poruchy chování, hraniční mikrocephalie, ptóza levého víčka, dysartrie, lehká pravostranná převodní sluchová porucha, epilepsie.*

Sociální anamnéza dítěte

Tabulka č. 1: Průběh vzdělávání chlapce od 3 let

Čas	Zařízení	Kde	Komentář
10/1995 – 12/1995 3 - 3 ¼ roku	Jesle	běžné	Hodnocení adaptace: řeč - nemluví, jídlo - jí málo a nečistě, hyg. návyky - dodržuje, motorika - přiměřená věku dítěte mladšího dvou let. Do her se nezapojuje, ale projevuje o ně zájem.
5/1996 – 6/1999 3 ¾ – 6 ¾ roku	Integrační centrum	speciální	Z tohoto zařízení chlapec přecházel do speciální MŠ.
9/1996 – 11/1996 4 – 4 ¼ roku	Mateřská škola	speciální	Chlapec vřazen do třídy dětí s výchovnými problémy. Docházelo zde k utlačování jeho osoby.
9/1997 – 11/1997 5 – 5 ¼ roku	Mateřská škola	speciální	Chlapec i přes veškerou přípravu v IC plně nezvládá přechod do MŠ. Pedagogické zajištění jeho pobytu pouze v dopoledních hodinách - oba rodiče pracují.
9/1999 – po současnost 7 let →	SŠ, ZŠ a MŠ	speciální	Dítě navštěvuje 3 roky přípravný stupeň. Poté v roce 2002/2003 nastupuje do 1. třídy - tedy nižšího stupně školy. V současnosti navštěvuje 9. ročník ZŠ speciální.

Jesle

Denní jesle, jsou typem běžného zařízení poskytující celodenní odbornou péči pro děti od 1 - 3 let. Od roku 1996 ukončen zřizovatelem jejich provoz.

Zápis chlapce do jeslí v roce 1995 probíhá v daném zařízení a to na základě konzultace matky s ošetřujícím pediatrem s výsledným pozitivním doporučením. Jeho vřazení do oddělení, v němž jsou 2 - 3 leté děti, odpovídá prioritně vývojovému stupni, který se dle lékařky pohybuje na rozhraní 1,5 - 2 let. Adaptace probíhá bez potíží. Chlapec velmi rád pozoruje dění v blízkém okolí. Pasivně sleduje ostatní děti při hře. Za podpory zdravotní sestry se postupně zapojuje do jednotlivých aktivit probíhajících v dětském kolektivu. Živě reaguje na krátké rytmičné říkanky a básničky.

Integrační centrum

Denní stacionář pro děti a mládež s tělesným postižením a postižením více vadami vzniká v roce 1991 jako jedna z prvních alternativ ústavům sociální péče. U jeho zrodu stojí přední český psycholog dr. Jaroslav Šturma. Předmět intervence tvoří rehabilitace dětí s kombinovaným postižením, vzdělávání a výchovu zajišťuje ZŠ speciální. Dále dochází k podpoře oblastí ošetřovatelské činnosti, konzultačně poradenských činností pro rodiny dětí s postižením, integraci do společnosti. Prioritu ucelené rehabilitace (léčebné, pedagogické, pracovní, sociální) tvoří subvence rozvoje daného jedince.

Po ukončení činnosti jeslí (zrušení a náhrada mateřskou školou) hledají rodiče společně s pediatrem i neurologem nové pro dítě vhodné zařízení. Ošetřující neurolog dlouhodobě spolupracující s integračním centrem (IC), jehož intervence je specifikována výše, nabízí rodičům chlapce možnost umístění v tomto speciálním zařízení. Přestože má dítě v diagnóze kombinované postižení (mozková obrna a mentální retardace), není podle ředitele daného zařízení jeho vřazení vhodnou variantou. Na interpelaci neurologa ale v květnu 1996 chlapce přijímá. Příchodem do třídy, v níž působí dva speciální pedagogové starající se o další tři až čtyři děti, hoch opětovně ožívá. Adaptace probíhá bez obtíží. Chlapci jsou tudíž pomalu poskytovány služby speciálně pedagogické podpory (arteterapie ...). Logopedická intervence tvoří neméně podstatnou složku rozvoje dítěte. K jejímu poskytování dochází přímo v instituci. Současně nutno zdůraznit skutečnost počátků logopedické terapie i na klinickém pracovišti, kam je matka s chlapcem odeslána pediatrem. Po vytvoření individuálního terapeutického plánu vychází speciálně pedagogická péče především

z podpory rozvoje motoriky (hrubé, jemné, grafomotoriky), orientace prostorové i časové, zrakové, sluchové a hmatové percepce, podpory a prodlužování paměti, pozornosti, plavání, muzikoterapie, výjezdů do sauny či hipoterapie.

Mateřská škola

Mateřská škola (MŠ) představuje speciální typ předškolního zařízení, které disponuje 4 třídami (předškolní třída, smíšená třída a 2 mikrotřídy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami).

Docházka do MŠ speciální se pro chlapce stává po dvou diagnostických pobytech neúspěšnou. V prvním případě nevhodné zařazení dítěte ve spojitosti s mentálním postižením nepodněcuje k přiměřenému zařazení do kolektivu. Druhý pokus, uskutečněný po roce, je i přes veškerou přípravu v IC opět neúspěšný. Matka má po celý čas negativní dojem z péče pedagogických pracovníků mateřské školy, proto stále konzultuje s odborníkem IC při společných kontrolních sezeních dítěte. Probírané obavy se naplňují po ukončení druhého diagnostického pobytu. Zástupcem ředitele jsou matce sděleny skutečnosti ovlivňující bezpečnost chlapce v případě odpolední docházky.

SŠ, ZŠ a MŠ

Dané školské zařízení zahrnuje několik typů škol. Koncepce ZŠ speciální spočívá ve vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením, žáků s těžkým mentálním postižením a žáků se souběžným postižením více vadami resp. pervazivními vývojovými poruchami. Žáci se zde vzdělávají v 8 třídách s maximálním počtem sedm žáků ve třídě za intervence dvou speciálních pedagogů (v některých třídách asistent pedagoga). Při škole pracuje speciálně pedagogické centrum zajišťující poradenskou a diagnostickou činnost. V rámci daných činností probíhá logopedická intervence. Mezi další podporované speciálně pedagogické aktivity patří např. canisterapie, muzikoterapie či hipoterapie. Praktická škola jednoletá koncipovaná pro žáky s těžkým zdravotním postižením, zejména s těžkým stupněm mentálního postižení, žáky s postižením více vadami, žáky s pervazivními vývojovými poruchami (autismus). Školy při nemocnici - mateřská a základní škola.

S blížícím se příchodem nástupu povinné školní docházky konzultuje matka možná řešení v oblasti dalšího vzdělávání svého syna nejen s odborníky IC, ale i s ošetřujícím

psychologem. Ten jí po podrobné analýze dosavadních výkonů předává kontakt na SPC v Praze, jehož úloha spočívá v určení vhodnosti zařazení dítěte do školy. Nutná vyšetření probíhají průběžně po celý rok. V září 1999 (7 let) chlapec vstupuje do přípravného ročníku, v němž setrvá po dobu tří let. Toto časové rozmezí vytváří dostatek prostoru k rozvoji oblasti kognitivní, motorické i senzorické. Spolupráce rodičů s pedagogy vede k možnosti docházky na hipoterapii. Současně škola nabízí muzikoterapii, canisterapii či plavání (pouze v doprovodu rodičů). Nástupem do přípravného ročníku přebírá logopedickou stimulaci specialista SPC při ZŠ speciální. Chlapec i nadále navštěvuje klinického logopeda.

7. 1 Logopedická intervence

Schéma č. 1: Logopedická intervence

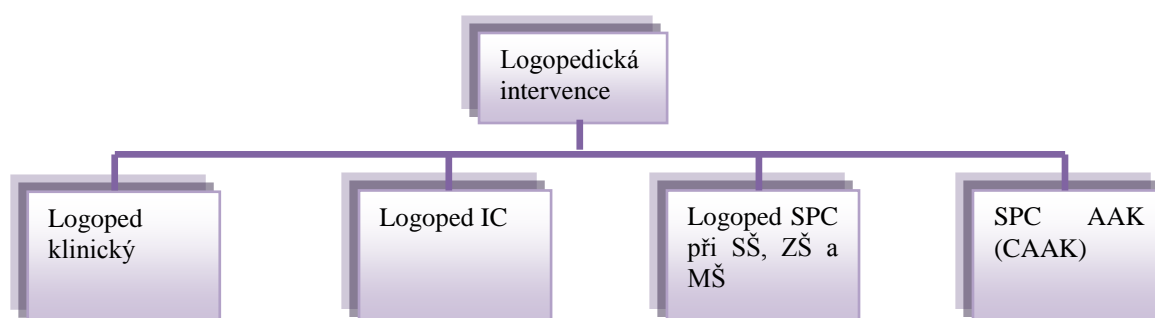


Schéma logopedické intervence prezentuje období od 4 let po současnost (12/2011). V tabulce č. 2 sledujeme postupnou diagnostickou činnost, jejíž počátky se dle výsledků vyšetření váží k dětské klinice VFN. Specialista hodnotí aktuální stav jako opožděný - aberentní řečový vývoj v rámci těžkého postižení CNS. Následně rodičům navrhuje další logopedickou podporu.

Tabulka č. 2: Logopedická diagnostika

Diagnóza	Kdy	Kým
OVŘ - aberentní, psychomotorická retardace, hypotonický syndrom	1996	Klinický logoped
Dif. diagnostika dysfázie	Březen 1997	Klinický logoped
Kombinované postižení, DMO, MR, vývojová dysartrie	Červen 1997	Klinický logoped
PAS - atypický autismus (prvky autistického chování)	Duben 1998*	Odborný speciální pedagog SPC
Kombinované postižení, DMO, MR, dysartrie - smíšená s výraznějšími symptomy cerebelárními	1998	Klinický logoped

*V logopedických záznamech neuvedeno.

Logopedická diagnostika probíhá do konce roku 1998. V následných obdobích již není nikterak upravována.

Tabulka č. 3: Průběh a prolínání logopedické intervence

Věk chlapce	Frekvence sezení			
	Klinický logoped	Integrační centrum	Logoped SPC při SŠ, ZŠ a MŠ	SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)
0 – 3 roky				
4 – 6 let	4 - 5 let 1 x 14 dní 6 let 1 x 3 týdny	3 x týdně*		
7 – 9 let	7 let 1 x 14 dní 8 - 9 let 1 x měsíčně		2 x týdně 15 - 20 min.	Od 9 let 1 x 6 týdnů
10 – 12 let	1 x měsíčně		2 x týdně 15 - 20 min.	1 x 6 týdnů
13 – 15 let	13 - 14let 1 x měsíčně 15 let 1 x za 2 měsíce		1 x týdně 15 - 20 min.	13 - 14 let 1 x 6 týdnů
16 – 17 let	1 x 2 měsíce		2 x týdně (1 x logo, 1x AAK)	
17 – 19 let	1 x 2 měsíce		17 - 17 ¾ let 1 x týdně AAK	

* Přesně nezjištěno – informace od matky (vzpomínky).

Z předloženého shrnutí realizované logopedické intervence vychází skutečnost jejího zahájení až ve 4 letech chlapcova života. Otázka dlouhého období (3 roky) bez jakékoli podpory tvoří podle mého názoru velkou neznámou komplexní terapie. Z matčiných písemných poznámek lze inferovat závěry lékařů, kteří považují celkovou stimulaci dítěte za dostačující. Matka často naslouchá názoru, že řeč jakožto nejvýše postavená motorická funkce závisí na všestranném rozvoji dovedností nižších motorických stupňů včetně podpory kognice. Rodiče tudíž neutuchají v hledání dalších možností podpory. Mají snahu o intenzivnější zapojení chlapce do dětského kolektivu. Podpora přicházející od ošetřujícího pediatra je základním kamenem rozhodnutí matky umístit hocha do jeslí. Ovšem dané řešení netrvá dlouho. Dochází ke zrušení jeslí a opětovnému hledání. S pomocí neurologa zažádají rodiče o umístění v IC. Toto zařízení vzhledem ke své specializaci zahrnuje speciálně pedagogickou i logopedickou intervenci. Počátky řečové terapie proto spadají do období 4 let, kdy prolíná stimulace v IC i na klinickém pracovišti.

Podrobnější údaje týkající se četnosti jednotlivých sezení, jsou v přehledu zaneseny z pohledu časového horizontu či pečujících odborníků. Pokud se podrobněji podíváme

do tabulky č. 3, upozorujeme současnou péči 1 - 3 odborníků. Soukromé zápisky matky ale nepodporují skutečnost koordinace terapií. Což považují za pochybení, které nevedlo k potřebnému nárysu způsobu vedení sezení, probíhajících zcela odděleně. Jedinou spojkou mezi logopedy tvoří po celá léta matka, jež ovšem není podrobně seznámena s postupnými kroky terapeutických záměrů. Z těchto důvodů není možné dynamicky reagovat na možné potřeby a průběžně kladně rozvíjet dovednosti dítěte. V této souvislosti nutno dodat, že každodenní terapie v zařízení s logopedickou intervencí, kde je odborník k dispozici po celý týden (IC), by mě měla být samozřejmostí. Speciální pedagog CAAK vstupuje do komplexní stimulace v období 9 let dítěte. Snaží se poskytnout chlapci vyhovující komunikační systém. I přes několikaletou intervenci nedochází k vytýčenému cíli a terapie je pro negativismus ukončena po 5 letech spolupráce (rok 2006).

Tabulka č. 4: Hláskový inventář

Věk	Jemné motoricko - artikulační dovednosti
Do 2 let – preverbální období	Broukání, žvatlání
2 - 4 roky	Prvotní cílená vokalizace - onomatopoa (přírodní zvuky), samohlásky - a, e, u, souhlásky - m, b, p, slabiky - ma, ba, pa
4 – 6 let	Onomatopoa, samohlásky - a, e, u, souhlásky - m, p, b, v, k, zdvojuje hlásky a slabiky - e-e, ma-ma, pa-pa, ba-ba, bu-bu, výrazy- kava, kň (kůň), bm (bum)
6 – 8 let	Onomatopoa - bum, ee, mé, bé, bū, ko-ko, ki - ki, samohlásky - a, á, e, u, i, ů, o, výrazy - máma, bába, bubu (bumbu - pít), káva (kráva), diďa (děda), kň (kůň), kotě, pápa (táta), Ďáďa (Dáda), koa (koza)
8 – 10 let	V této době nedošlo ke změně v počtu používaných výrazů. Používá pouze jeden nový Míťa - bratr. Naopak se zdá, že chlapec spíše některé výrazy zapomněl. Ze slovníku mizí - pápa i káva. Dochází však ke snaze o vyslovení prvních hlásek slov. Nové, izolované hlásky netvoří.
10 – 12 let	Chlapec stále používá onomatopoa a výrazy dříve uváděné. Výsledkem snahy o vyslovení první hlásky bývají zkomolené ale lidmi obklopujícími dítě identifikovatelné hlásky. Ve škole viditelné u globálního čtení.
12 – 14 let	Postupný přechod od prvotních hlásek ke slabikám. Jejich výslovnost je zkomolená, pro okolí nesrozumitelná.
14 – 17 let	Stále onomatopoa, bába, máma, teta, diďa, Míťa, Ďáďa, kň, kotě. Ve slovníku se objevují nové výrazy, jež jsou většinou rozkládány na jednotlivé slabiky, které po jejich zopakování druhou osobou dokončí. Většinu z nich si chlapcovo blízké okolí domyslí. Pro širší okolí jsou však stále

	nesrozumitelná. Mezi tyto výrazy patří např: a - oj, di - ku - u, au - po, me - d'a, Pe - pa, ko - o, ko - ka. Při hře s mluvidly se chlapci daří vyslovit ojedinělé výrazy, např. jauva či ajd'a, které následně echolalicky opakuje jako slovní celky.
17 – 19 let	Beze změn

Souhrn jemných motoricko - artikulačních dovedností strukturovaný v časových úsecích dvou let velmi podrobně prezentuje chlapcovu výrazovou aktivitu se všemi pozitivními i negativními projevy. Současně pozorujeme, že i přes aktivní podporu a věkem se zvyšující mluvní apetit, dochází k minimálnímu rozvoji komunikačních dovedností.

7. 1. 1 Logopedická intervence v Integračním centru

Nahlédnutím do hláskového inventáře (tabulka č. 4) snadno vyvodíme výrazové dovednosti dítěte v období mezi roky 1996 - 1999. Chlapec se prezentuje především neverbálně, kdy mimikou obličeje velmi věrně vystihne vlastní pocity. Naopak potřeby či přání ztvárňuje neustálým ukazováním probíhajícím až do okamžiku úspěšné realizace. Verbálně dochází ke zvukovým projevům pomocí onomatopoií, hlasů určitých zvířat či zdvojováním nemnoha slabik. Logopedická sezení jsou primárně orientována na rozvoj verbální komunikace s přispěním systémů AAK. V případě volby pro chlapce oblíbených aktivit nadšeně tleská. Rozloučí se posláním pusinky či zamáváním.

Tabulka č. 5: Hrubá motorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Lezení, poskoky, chůze přes překážky, chůze po schodech
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Hra s míčem, chůze po schodech (nahoru i dolů), nápodoba cviků (velké pohyby - vzpažit, dřep, klek)
5,5 – 6, ¾ roku (1998 - 1999)	Střídání končetin při chůzi po schodech, házení s míčem, skákání, stoj na jedné noze, tancování

V oblasti hrubé motoriky podporuje terapeut činnosti s různorodou složkou obtížnosti. Postupuje od jednodušších aktivit ke složitějším. Pro upevnění již naučených kroků jsou úkoly často kombinovány.

Tabulka č. 6: Jemná motorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Manipulace s velkými předměty, stavění a řazení kostek, navlékání velkých dřevěných korálků na pevnou tyčku
4,5 – 5, 5 roku (1997 – 1998)	Vkládání jednouchých tvarů, modelování, šroubování, provlékání
5,5 – 6 ¾ roku (1998 – 1999)	Manipulace s menšími předměty, navlékání korálků na méně pevnou oporu, stříhání, oblékání - zapínání zipu u kalhot, nácvik práce s knoflíkem, nácvik držení tužky

Oblast jemné motoriky prochází obdobně jako předchozí postupným navyšováním obtížnosti zadávaných aktivit. Vzhledem k výraznějším problémům musí terapeut volit činnosti s četnějším opakováním i předpokladem delšího nácviku. Tabulka nabízí přehled několika úkolů, na nichž můžeme sledovat nárůst složitosti formou zmenšování velikosti dílů či prací s různorodým materiálem (navlékání na pevnou tyčku, ohebnější drátek nebo volnou tkaničku). Všechny aktivity ale musí vést k motivačnímu prožití úspěšnosti.

Tabulka č. 7: Grafomotorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Chůze po pracovní a sbírání předmětů z podlahy - úchop, uvolňovací cviky
4,5 – 5,5 roku (1997 - 1998)	Čmárání do písku, úchop menších předmětů, uvolňovací a průpravné cviky
5,5 – 6 ¾ roku (1998 – 1999)	Nácvik správného držení tužky - široké trojhranné dřevěné tužky, kreslení pomocí prstových barev

Grafomotorické dovednosti úzce souvisí s motorikou jemnou i propojením koordinace ruka x oko. Odborník začíná nacvičovat úchop psacího náčiní. Zároveň se snaží uvolnit ruku tak, aby bylo možné dále procvičovat jednoduchá průpravná cvičení. Přípravné etapy aplikuje na větší papírové plochy umístěné na zdi či podlaze pracovní. Oblíbené prstové barvy jsou využívány v podobě motivačního prvku.

Tabulka č. 8: Oromotorika

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 -1997)	Dechová cvičení - nádech nosem, výdech ústy, špulení rtů, pevné sevření a uvolnění rtů
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Dechová cvičení - foukání do bublifuku, do vody, píšťalky - zaměření na různé délky a směřování výdechového proudu, nutná kontrola nádechu nosem, retný uzávěr - sání brčkem, práce s jazykem - pohyb ze strany na stranu, vyplazování
5,5 – 6 ¾ roku (1998 – 1999)	Dechová cvičení - chlapec stále nezavírá ústa, pokračování v práci s jazykem - chlapec nedokáže jazyk zvednout, napodobování před logopedickým zrcadlem, využívání přírodních zvuků, špulení rtů x úsměv

Motorické schopnosti dítěte jsou omezeny nejvíce. Chlapec má problémy s dýcháním, nedokáže zavřít ústa - nádech provádí ústy nikoli nosem. Základní prvky péče o mluvidla tedy tvoří nácvik správného dýchání, podpora retného uzávěru, výdechového proudu a uvolňování mimického svalstva.

Tabulka č. 9: Zraková percepce

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Rozpoznávání základních geometrických tvarů a barev, porovnávání velikosti - pojem malý x velký
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Rozpoznávání a třídění tvarů, barev, velikosti a jejich kombinace, práce s obrázky
5,5 – 6 ¾ roku (1998 – 1999)	Třídění předmětů, materiálů podle určité vlastnosti, procvičování základní šesticce barev, diferenciacie obrázku - co je stejné, dle děje na obrázku

Podpora zrakového vnímání zprvu směřuje k rozpoznávání základních barev, geometrických tvarů či velikosti ve spojitosti s diferenciačními cvičeními do předem daných kategorií. Pro zpestření jsou činnosti různě kombinovány nebo prokládány novými úkoly zaměřujícími se na obrázková témata.

Tabulka č. 10: Sluchová percepce

Věk	Činnosti
4 - 4,5 roku (1996 – 1997)	Všeobecná orientace ve zvukových podnětech z okolního prostředí, určování směru a původu zvuku (dopravní prostředky, osoby, předměty denní potřeby...)
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Určování směru a původu zvuku (bez zrakové kontroly), síla, délka, výška tónu (potichu x nahlas), poznávání hlasů zvířat
5,5 – 6 ¾ roku (1998 – 1999)	Nápodoby, rytmičká (tleskání, vyťukávání, dupání), poslech hudby (reprodukováno i živé), říkanky, písničky, poznávání zvířat, hudebních nástrojů

Péče o sluchovou percepci počíná rozlišováním zvuků, jejich původu i směru. Následně dochází k prolínání složitějších a jednodušších úkolů, které vycházejí ze záliby dítěte v hudbě a činnostech s ní spojených.

Tabulka č. 11: Hmatová percepce

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Poznávání předmětů a rozlišování jejich vlastností (teplé x studené, tvrdé x měkké, suché x mokré)
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Diferenciace předmětů a jejich vlastností i bez zrakové kontroly
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Rozšíření aktivní základny pro hmatovou percepci (hranaté x kulaté, hladké x drsné)

Tabulka představuje plán rozvoje hmatového vnímání prvotně upravující rozlišovací dovednosti formou pasivního vjemu. Následuje aktivní zapojení dítěte s využitím zrakové kontroly. Poslední období charakterizuje snaha diferencovat předměty dle vlastností pouze taktilní cestou.

Tabulka č. 12: Orientace prostorová a časová

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Orientace po budově, pojmy - nahoře x dole, před x za, nad x pod x na, schematické znázornění dne - ráno x poledne x večer
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Orientace ve třídě, v učebně i celé budově zařízení, pojmy - nahoře x dole, vpředu x vzadu, nad x pod, orientace v průběhu dne, napodobování pohybů a poloh těla, vnímání a poznávání vlastního těla
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Zcela samostatná orientace v celém prostředí integračního centra, pojmy - procvičování předchozích, na začátku x na konci, na x ve x do, příkazy - jdi ke stolu, dej na (pod) stůl, dej autíčko na židli, do krabice, pod stůl, orientace na vlastním těle

Nácvik orientace počíná seznámením s prostředím ve třídě, okolních prostorech a končí zvládnutím samostatného pohybu po celém zařízení. Předložené skutečnosti dokládají, že chlapec nemá v delším časovém horizontu problémy s prostorovou orientací v dané budově. Časová orientace tvoří další podstatnou složku vývoje. I přes veškerou podporu strukturalizace a vizualizace není dítětem akceptována. V posledním roce dochází k doplnění orientace na vlastním těle.

Tabulka č. 13: Paměť, pozornost

Věk	Činnost
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Přiřazování dvojic (reálný předmět x fotografie), zvířata a jejich mláďata, práce s leporely
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Přiřazování trojic (reálný předmět x fotografie x piktogram), třídění věcí podle funkce (pro denní potřeby, potraviny, hračky...)
5,5 – 6 ¾ roku (1998 – 1999)	Poznávání jednotlivých objektů, vztahů mezi nimi a třídění do kategorií (ovoce x zelenina, dopravní prostředky, členové rodiny, vztah mezi lidmi, zvířata a jejich mláďata), počáteční počty (hodně x málo x jeden, první x poslední, před x za, plánování činnosti (teď x potom), počáteční čtení, práce s knihami či obrázky

V tabulce č. 13 sledujeme rozvoj paměti a pozornosti. Jednotlivé úlohy jsou do péče zapojovány pozvolna s ohledem na aktuální možnosti dítěte. Obdobně jako u všech předchozích oblastí platí i zde pravidlo návratu k jednodušším činnostem či jejich prolínání se složitějšími v případě navazujícího nebo kontrolního postupu.

Tabulka č. 14: Pasivní slovní zásoba

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Práce s říkadly, básničkami, rozlišování barev, základních geometrických tvarů
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Nácvik porozumění řeči, plnění různých pokynů, věci denní potřeby, zvířata a jejich mláďata, oblečení, potraviny, poslech krátkého vyprávění
5,5 – 6 ¾ roku (1998 – 1999)	Další rozšiřování jednotlivých celků, důsledné plnění pokynů, orientace v zařízení i blízkém okolí podle slovních instrukcí, práce s knihami, obrázky, komentování jednotlivých činností, používání alba řeči, podpora tvoření krátkých vět (s využitím obrázků a reálných situací)

Pasivní slovní zásoba, tvořící širší orientační základnu chlapce, je již v tomto období nepoměrně větší (cca 80 - 100 slov) nežli aktivní používání slov (cca 3 – 4 výrazy). S pomocí obrázkových knih, říkadel či jednoduché rytmizace zpočátku logoped zjišťuje a posléze rozšiřuje slovník. Neodmyslitelnou součástí proklamovaného rozrůstání objemu pasivní slovní zásoby prezentuje nácvik porozumění probíhající nejen za podpory obrazového materiálu, ale i reálných předmětů, komentováním činností, situační hrou, dramatizací či formou plnění jednoduchých příkazů. Terapeut do péče vhodně zařazuje i letáky, v nichž chlapec velmi rád listuje.

Tabulka č. 15: Aktivní slovní zásoba *

Věk	Činnosti
4 – 4,5 roku (1996 – 1997)	Dechová, artikulační cvičení, vokalizace, onomatopoea
4,5 – 5,5 roku (1997 – 1998)	Postupné zdvojování hlásek a slabik, napodobování, dechová, hlasová, artikulační cvičení, využívání metod ozvěny
5,5 – 6 ¼ roku (1998 – 1999)	Dechová, artikulační cvičení, nácvik pozdravu, požádání, poděkování, procvičování slov, které zná, pojmenování činností, rodiny, využívání metod komentování a zpětné vazby

* Toto označení používám na základě záznamů odborníků, přičemž podle mého názoru neodpovídá pojmu aktivní slovní zásoba.

Speciálně pedagogická intervence je v integračním centru rozprostřena do individuálních vzdělávacích celků tak, aby byl využit celý časový prostor pobytu dítěte pro daný den. Speciálně pedagogičtí pracovníci jednotlivých tříd se pravidelně scházejí s logopedem a upřesňují si vzájemné možnosti podpůrného působení. Tímto prolínáním dochází k účinnějšímu rozložení aktuálních schopností dítěte, na něž je působeno v kontinuitě dovedností komunikačních. Z individuálně vytvářených ročních plánů (obdoba IVP) lze doložit logopedickou terapii zaměřenou na oblast dechových (kombinace délky i usměrňování výdechového proudu), artikulačních (nastavení mluvidel do určité polohy - pohádka „O Jazyčku“ - příloha č. 1, zvuky zvířat) a fonačních cvičení (práce s hlasem - síla, výška). Logoped při práci dále využívá chlapcovu zálibu v hudebně rytmickém pojetí. Dochází k propojení krátkých rytmických říkanek s dramatizací, situačním komentováním a zpětné vazby. Následná intervence v oblasti sociální komunikace charakterizuje nácvik pozdravu, prosby či poděkování. Z důvodu přibližně čtyřletého opoždění (kalendářní věk 6 let) verbálního vyjádření přistupuje specialista k volbě metod alternativní a augmentativní komunikace. Počáteční fáze prolíná orální řečí x obrázkem x piktogramem. Symboly však specialista volí ze souboru PIC, který se postupem času jeví pro chlapce nečitelným.

Na základě těchto zkušeností dochází ve věkovém rozmezí 5, 5 – 6 ¼ let k integraci chlapce do kooperující mateřské školy. Docházka probíhá 1x týdně po dobu dopoledních hodin. Adaptační problémy velmi rychle ustupují. Dítě se s pomocí asistenta kmenového zařízení zapojuje do společných aktivit. Stále však nedochází k očekávané řečové produkci.

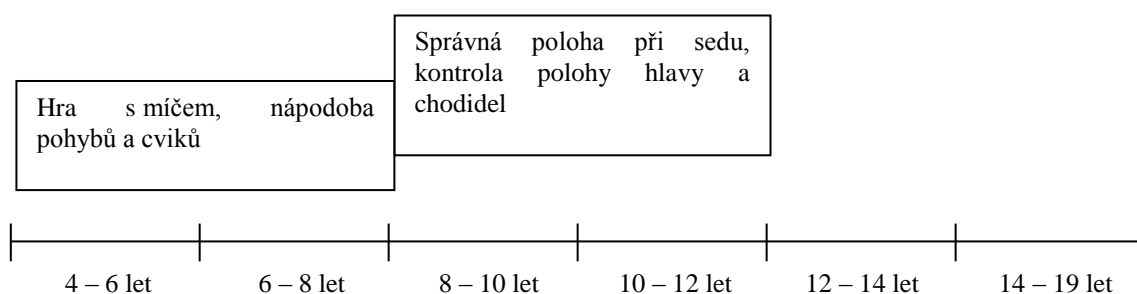
Současně v IC ustavičně pracují na spojení symbolu se slovem. U chlapce se objevuje prvotní agrese. Pokud pocítuje neuspokojení, atakuje logopeda štipnutím.

Po konzultaci s rodiči matka projeví pochybnost nad vedením terapie. Současně navrhuje možnost zavedení znakové řeči. Nabízené řešení je logopedem odmítnuto s vysvětlením motorické neschopnosti provedení znaku dítětem. I přes sdělenou skutečnost začíná doma prokládat konverzaci intuitivními gesty. „*Jíst - ruku přiblížit k otevřeným ústům, pít - naznačit pohyb ruky, při němž dochází k přiložení nápoje k ústům, máma - ruce zvednout k hlavě a naznačit dlouhé vlasy, táta - prsty sáhnout na bradu, prosím - ruce dlaněmi k sobě a pohyb nahoru a dolů, odpočívát - ruce složené dlaněmi k sobě přiložit na ucho, pozdrav - ruku ohnout v lokti a zvednout s otevřenou dlaní.*“ (Saláková, 2010, s. 94)

7. 1. 2 Logopedická intervence klinického logopeda

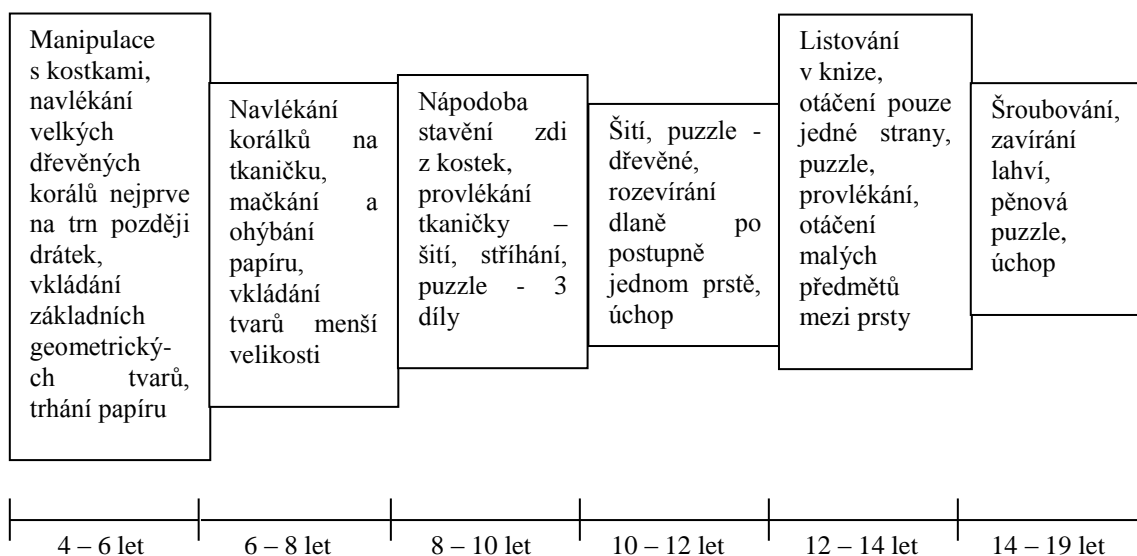
Prvotní kontakt chlapce s klinickým logopedem probíhá na základě doporučení ošetřujícího pediatra. Dosud neukončená (12/2011) intervence počíná v roce 1996 (4 roky). Časový horizont patnácti let poskytuje prostor intervenci třem logopedům klinického pracoviště. Terapie se proměňuje v souvislosti upřesňování diagnostiky. Ve všech fázích ale nezbytně kopíruje aktuální schopnosti dítěte. Počáteční zaměření s cílem dosáhnout verbální komunikace pomalu nahrazuje podpora již naučených dovedností a rozšiřování kognitivní vývojové složky. Rozvíjené oblasti charakterizují v detailněji znázorněných schématech níže.

Schéma č. 2: Hrubá motorika



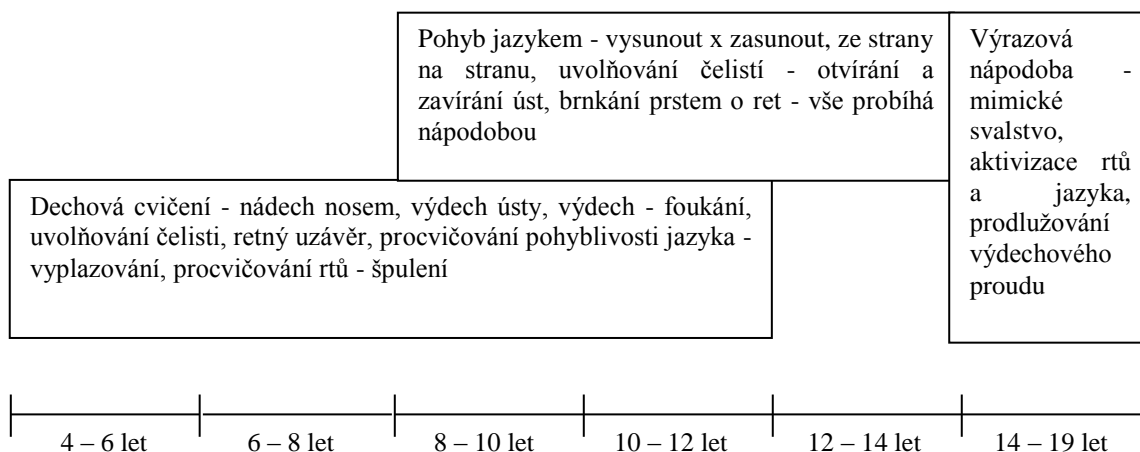
Logoped i přes určité motorické nedostatky v dané oblasti spíše upravuje správné držení těla při činnostech vykonávaných u stolu. Podstatnější působení spatřuje v podpoře jemné motoriky.

Schéma č. 3: Jemná motorika



Chronologický postup v rozvoji jemné motoriky zaručuje zvyšování efektivity plněných úkolů. Dané schéma poskytuje možnost nahlédnout do systému zadávaných aktivit tak, aby docházelo k záměrnému zacílení pohybů i upevnění již nabitých dovedností.

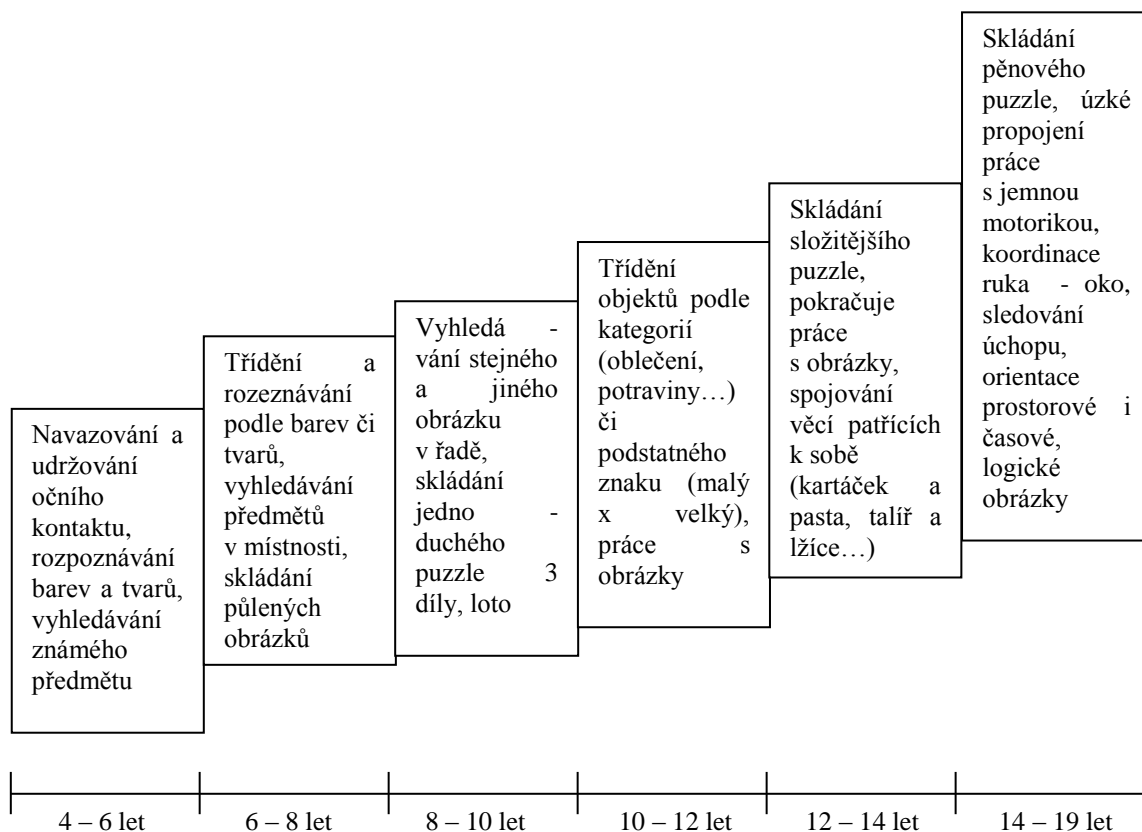
Schéma č. 4: Oromotorika



Vzhledem k diagnóze tvoří nácvik motoriky mluvidel velmi složitou součást intervence. Jak schéma dokládá, má chlapec velké problémy s dechem. Pootevřenými ústy dochází ke krátkému nádechu i stejně vyraženému výdechu. Logoped tento problém řeší dodnes. Prvky nácviku pohyblivosti jazyka lze rozdělit do dvou skupin. Mezi již zvládnuté a pravidelně opakované aktivity spadá pohyb jazyka z úst i zpět, posun střídáním stran či vyplazení. Protipól naopak zahrnuje olizování rtů, elevaci

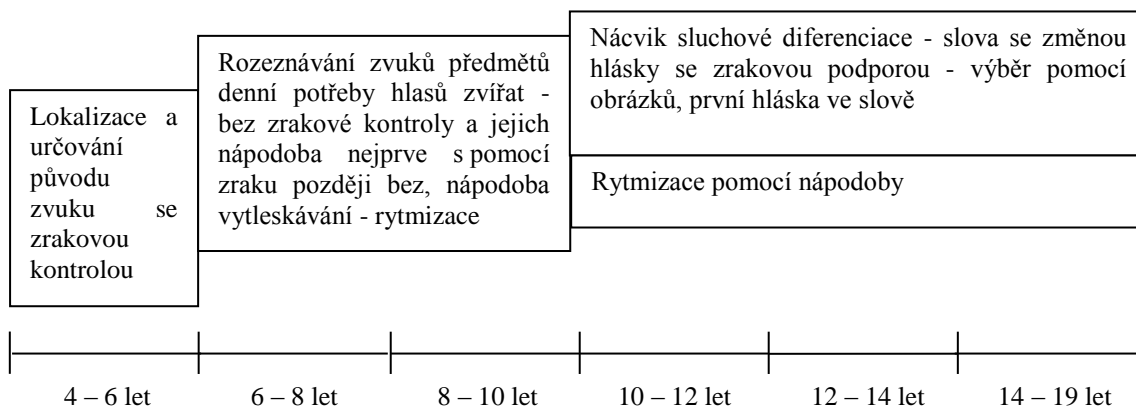
jazyka či nafouknutí tváří. Mimické svalstvo spontánně imituje úsměv. Ovšem jeho střídání s další aktivitou neovládá.

Schéma č. 5: Zraková percepce



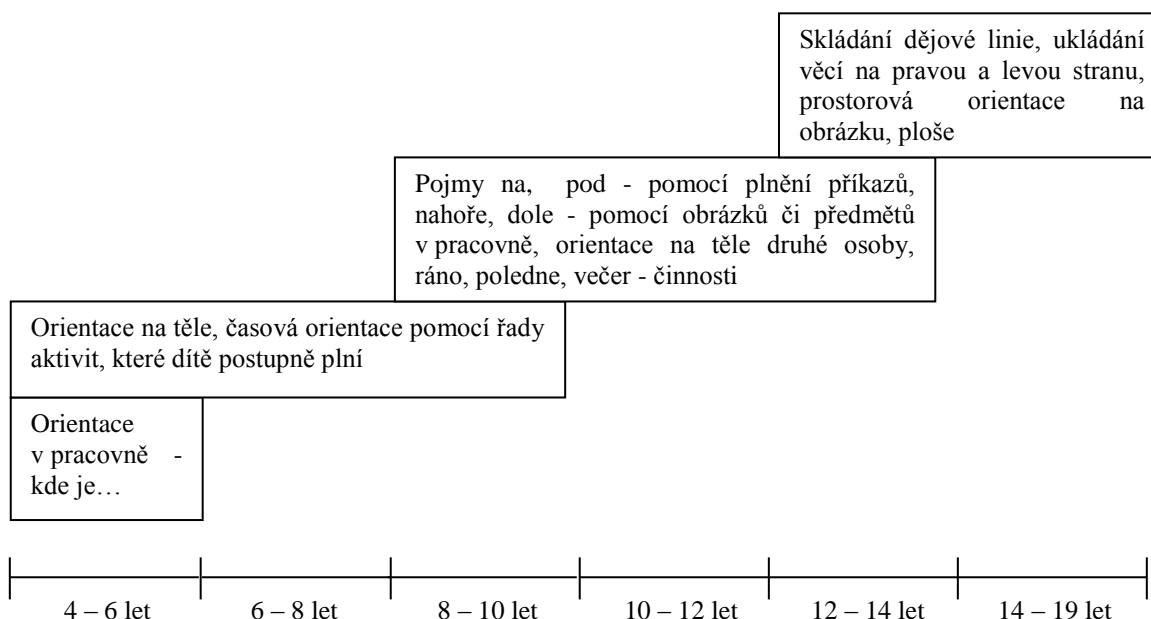
Intervence o oblast zrakového vnímání nejprve podporuje oční kontakt. Po jeho navázání dochází k základní diferenciaci, kdy chlapec rozlišuje podle podstatného znaku předměty zobrazené na pracovních listech. Činnosti seznamující dítě se zrakovou analýzou a syntézou jsou rozvíjeny ve spojení puzzle či vkládaček. V dlouhodobém horizontu terapeutického působení roste náročnost jednotlivých úloh. Podrobnější pohled pro věkovou etapu 14 - 19 let zobrazuje nezbytné propojení s dalšími motorickými i kognitivními oblastmi.

Schéma č. 6: Sluchová percepce



Zraková percepce tvoří zpočátku základní složku percepce sluchové. Všechny sluchové vjemy totiž chlapec ještě reviduje zrakem. Postupně však u jemu známých podnětů zrakovou kontrolu omezuje. Rytmizace, oblíbená aktivita dítěte, prolíná i touto oblastí. Poslední úspěchy spočívají v diferenciaci první hlásky ve slově.

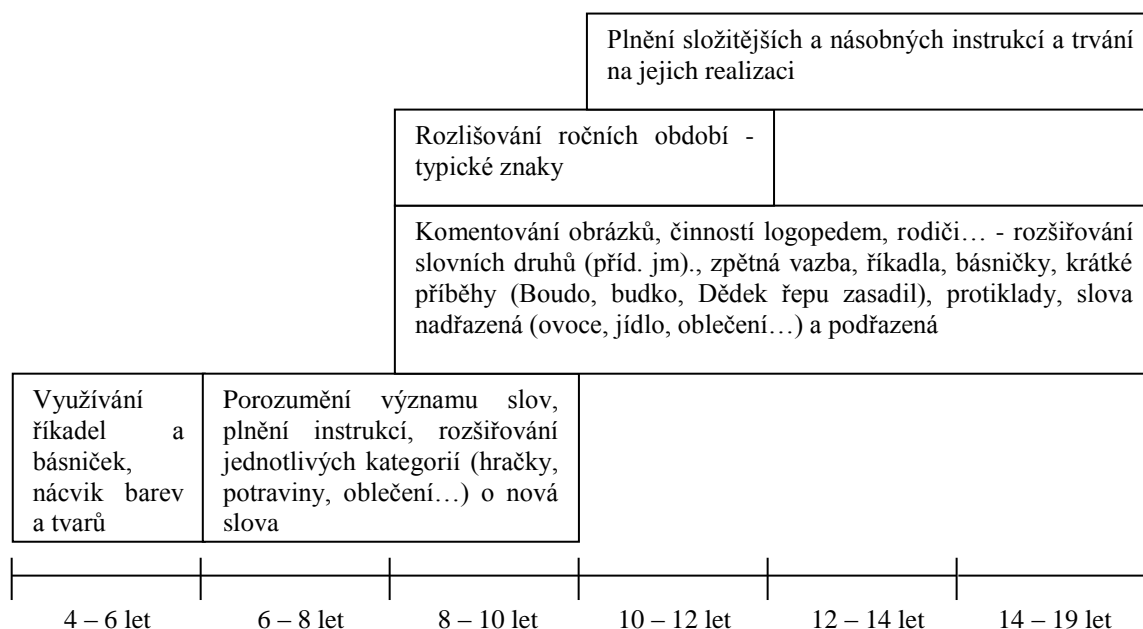
Schéma č. 7: Prostorová, časová, pravolevá orientace



Orientační schopnosti dítěte jsou rozvíjeny nejprve v prostoru. Postupným seznamováním s okolním prostředím chlapec získává základní znalosti, jež následně využívá při plnění pokynů zadávaných terapeutem. Pokračuje orientací na tělesném schématu vlastní i druhé osobě. Kognitivní schopnosti dítěte pomalu umožňují přistoupit k orientaci časové. Tu charakterizuje fotografický materiál složený z aktivit

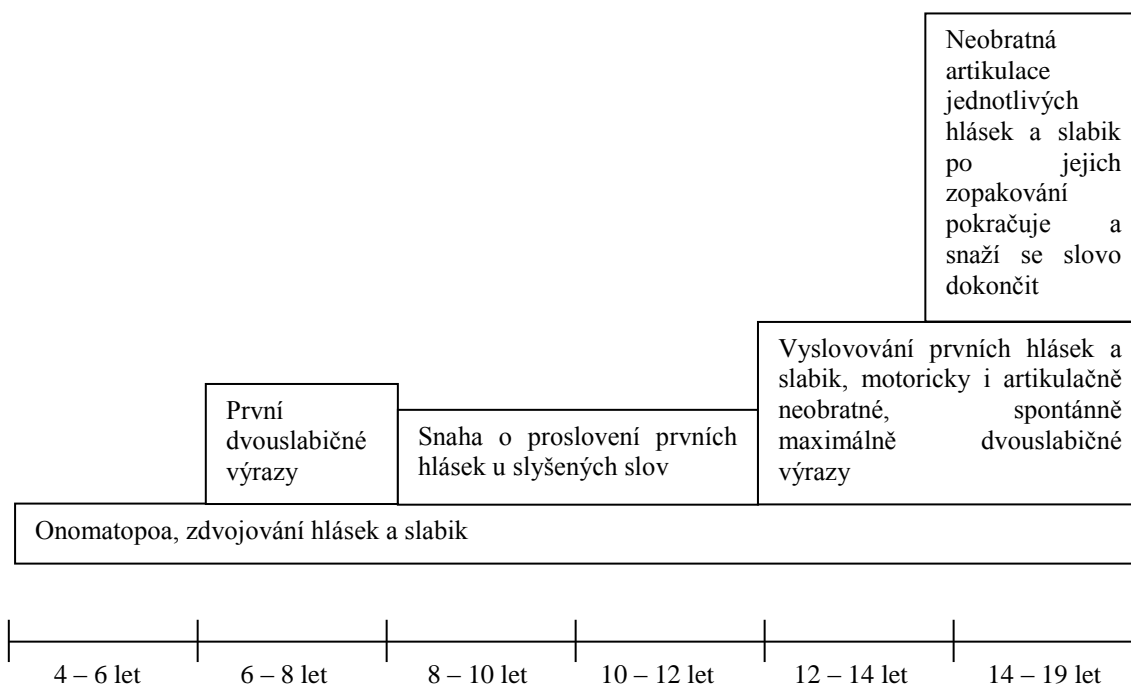
konajících se v průběhu dne rozdělených do typických časových úseků (ráno - odpoledne - večer). Pravolevá orientace nastupuje nakonec v okamžiku zvládnutí dějových linií.

Schéma č. 8: Pasivní slovní zásoba



Znázornění pasivní slovní zásoby potvrzuje fakt jejího výsadního postavení. Objemnost slovníku zajišťuje dostatečnou úroveň porozumění. Musím ale dodat, že s postupujícím věkem začíná chlapec pohodlnět. Tudíž před všemi zúčastněnými vyvstává nutnost důsledně trvat na splnění zadaných instrukcí. V posledních letech intervence hoch přijímá od klinického logopeda jakékoli prostředky vedoucí ke komunikační účasti.

Schéma č. 9: Aktivní slovní zásoba*



* Toto označení používám na základě záznamů odborníků.

Aktivní slovní zásobu s pozvolným rozšiřováním spíše artikulačně fonačních výrazů blíže popisuje předložený nástin. Terapeut často navazuje na pozitivní reakce v průběhu aktivit používaných při rozvoji objemu pasivního slovníku. Využívá metod komentování za podpory obrázkového materiálu a chuti chlapce přijímat zpětnou vazbu jednotlivých kontaktů. Bohužel motorické omezení nedovoluje dítěti aplikovat nacvičené dovednosti v rozsahu, jaký by byl žádaný. I přes tyto komplikace dochází v dlouhodobé časové ose k neobratným pokusům vyslovit určitou hlásku, slabiku či slovo.

7. 1. 3 Logopedická intervence logopeda SPC při SŠ, ZŠ a MŠ

Počátkem plnění povinné školní docházky v 9/1999 (7 let) je chlapec převeden z péče specialisty integračního centra. Vedení terapie se ujímá logoped SPC při SŠ, ZŠ a MŠ, jež v prvních fázích hledá vhodné postupy plánované péče.

Logopedická intervence se uskutečňuje individuální formou v dopoledních hodinách. Chlapec je většinou do pracovny terapeuta přiváděn třídním pedagogem, který si ho po skončení sezení opět odvádí a společně pokračují ve výuce. V průběhu

návratu zpět do třídy dochází k pravidelnému nácviku střídání nohou při chůzi ze schodů.

Intervence probíhá v koordinaci potřeb pedagogů kmenové třídy. Vzhledem k dané skutečnosti je podporována hlavně funkce sociální, tj. nácvik pozdravu, prosby i poděkování včetně hledání způsobu sebevyjádření. V souvislosti s motorickými potížemi volil logoped propojení systémů verbální, neverbální a alternativní komunikace. Chlapci nabízí nový soubor symbolů, jež pocházejí z globálního čtení. Jedná se o černobílé obrázky, které mají v dolní třetině umístěn popisek. Specialista ve spolupráci s rodinou i pedagogy vybírá určité bloky, jimž chlapec porozumí natolik, aby došlo k možnosti jejich aplikace ve funkci náhradního komunikačního nástroje. Současně má v chlapci vyvolat snahu je pojmenovat. Logoped neopomíjí ani ostatní oblasti (dech, fonaci i artikulaci). V první řadě však podporuje pozornost, jejíž míra neodpovídá potřebám dalšího rozvoje.

I přes veškerou snahu dochází k počátečním projevům negace verbální komunikace. Hoch začíná prioritně sdělovat svá přání ukazováním. Pokud dospělý nereaguje, přináší si věci sám. V tomto okamžiku matka kontaktuje logopeda a konzultuje s ním své obavy týkající se změn chlapcova chování ve stálém prostředí, kde dochází k pochopení jeho potřeb bez nutnosti vyjádření. V domácím prostředí rodiče aplikují metodu stěhování dítětem užívaných věcí s úmyslem podpory verbálního vyjádření či použití gesta. Avšak výsledkem popisovaného jednání jsou ve větší míře se projevující agresivní ataky. Chlapec nervózně prohledává původní úložné prostory. V konečné fázi volí výběr potravin z chladničky. V tomto nelehkém období matka na doporučení klinického logopeda navazuje kontakt s CAAK.

V roce 2003 (11let) odchází původní logoped, kterého nahrazuje nový. Ten však se subvencí pedagoga mění terapeutický plán. Dle informací učitele chlapec komunikační knihy vytvořené v CAAK nepoužívá, pouze jimi listuje. Žádá specialistu o pomoc a návrat k verbálnímu projevu. Minimální motorické pokroky nezabrání modifikacím stimulace ve prospěch nácviku vyvozování hlásek. Do pozadí ustupuje neverbální komunikace (gesta, symboly).

Ve věku 16 - 16 $\frac{3}{4}$ let dochází hoch na terapie 2x týdně. První probíhá v již nastíněném kontextu. Druhá podporuje systémy alternativní komunikace. Vzhledem k délce jejího trvání - dva školní roky, lze do věku 17 $\frac{3}{4}$ let (6/2010) představit směr působení. Důraz klade na porozumění větných celků odpovídajících věku chlapce, práci

s počítačem (využívá např. programy Brepta, Méd'a čte), rytmizační prvky či cvičení motoriky mluvidel. Jednotlivá sezení terapeut situuje do určitého prostředí, v němž se chlapec pokouší obstát za opory symbolů, jednoduchých gest a slovní produkce.

7. 1. 4 Logopedická intervence se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)

Ve věku 9 let dítěte nabývá na důležitosti volba podpůrného komunikačního systému, neboť se projevují první větší afektivní stavy spojené s neschopností sebevyjádření a komunikace s okolním světem. Chlapec v této době podstupuje logopedickou intervenci ve škole i ve zdravotnickém zařízení, odkud na základě minimálních pokroků a změn psychického stavu, vzhází iniciativa kontaktovat dané centrum. Kooperaci navazuje matka dítěte. Jeho hláskový inventář zahrnuje dovednosti užití samohlásek, onomatopoi, jednoduchého zdvojování, neobratnou artikulaci prvních hlásek či několik maximálně dvouslabičných výrazů. Dobrá orientace ve známém prostředí, objemově dostačující pasivní slovník pozitivně ovlivňuje rozumění jednoduchým příkazům.

Tabulka č. 16: Rok 2001 - věk 9 let

Aktivity	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Nácvik používání a propojování fotografií, barevných piktogramů, gest, slov	Méd'a - pasivní sledování	Občasné používání 4 - 5 gest (jíst, pít, ahoj, prosím, auto)	Používá pouze v případě naléhání se současným předložením komunikační tabulky
Písničky s doplňováním piktogramů - nejprve pasivně, později aktivně	Play family		
Výběr aktivit zpočátku z 2 piktogramů	Méd'a 99		
Počítačové programy	Speech Viewer		
Tvorba komunikačních tabulek a nácvik jejich používání	Gordi v říši her - zakoupen i rodiči		

První setkání se uskutečňuje přibližně měsíc po telefonické domluvě v přívětivé atmosféře zařízení. Odborný speciální pedagog s matkou rozebírá anamnestická data, výsledky dosavadní stimulace, aktuální dovednosti. Po provedení základní diagnostiky jsou především na matce dítěte patrné stopy úlevy. Specialista ohleduplně pokračuje v rozhovoru. Nyní směrem k očekávaným výstupům péče CAAK rodinou. Společnou

prohlídkou prostor centra, v nichž chlapec nachází houpací síť - po další léta oblíbenou odměnu, a seznámením s metodami podpory dochází k poklidnému zakončení sezení.

Měsíční časový odstup druhé schůzky poskytuje rodičům dítěte prostor zvážit často užívaná slova. Specialistu zajímají nejen slova či jejich spojení, ale především doplňování komunikace gesty, o němž matka hovořila na první schůzce. Podpora specialisty ji potěší. Následně, již bez ostychu, požádá o doplnění dvou, pro ni nezbytných, znaků - ANO x NE chlapec dosud vyjádří pouze přijetím nebo odmítnutím nabízeného předmětu. Obdobná situace nastává při volbě aktivit. Dítě sice prohlíží symboly a vnímá gesta, přesto odvádí terapeuta k místu uložení, např. zvukových zvířátek. Poté ukáže nebo mu vloží objekt do ruky. Pedagog centra zvažuje, zda příčinou tohoto chování jsou problémy s přijetím nových postupů či částečné rozumění. V souvislosti okolností nabízí matce návštěvu školy s předvedením metodiky stimulace. Třídní pedagog nabídku přijímá. Vedením výuky apeluje na zásadu volby v každé situaci.

Speciálně pedagogičtí pracovníci v integračním centru podporovali komunikační dovednosti piktogramy ze souboru PIC - černobílého ztvárnění. Již dříve však bylo řečeno, že dané zobrazení chlapec neakceptoval. Proto logoped vybírá jednodušší - barevné PCS symboly a začíná propojovat reálný předmět x fotografii x PCS piktogram. Další terapeutický plán ale činí podstatnou spíše variantu piktogramu x gesta x slova. Vzhledem k matčině poznámce záliby v hudebně pohybových aktivitách vhodně volí zpěv písní v piktogramech. Činnost probíhá následovně. Specialista představí dítěti sadu obrázků. Každý z nich doprovodí určitým gestem. Chlapec většinou zvědavě ukazuje na předložený materiál a logoped slovně i gestem pojmenuje. Po chvilce odpočinku začíná zpívat. Současně skládá symboly do řady dle textu s opětovným doplněním gestem. Dítě zpočátku jen pasivně sleduje. Po chvíli však natahuje ruku. Terapeut ihned reaguje podáním kartičky s naznačením polohy umístění. Počká, až chlapec obrázek správně vřadí - provádí znak. Jak se později ukáže, hoch v průběhu této činnosti piktogramy užívá, což neplatí při plnění jiných cvičení. Proto logoped začíná piktogramové písně aplikovat motivačně.

V průběhu roku dítě ochotněji přijímá barevné symboly. Dochází k tvorbě prvních komunikačních tabulek obsahujících maximálně šest symbolů (příloha č. 2). Znaky ustupují do pozadí. To ale nic nemění na skutečnosti v centru uplatňovaném výběru aktivit ze dvou piktogramů posilovaných gestem. Seběmenší náznak úspěchu vede

matku až k přehnané snaze o rozšiřování připravovaných tabulek. Přitom jí musí být neustále připomínána nezbytnost nabídky volby v reálných situacích. „*V opačném případě pozbývá komunikace smysluplnosti, protože je brána jako výuka a tudíž ztrácí na přitažlivosti.*“ (Saláková, 2010, s. 104)

Na základě kooperace s třídním pedagogem přináší rodiče návrhy tematických celků, které doplní možnosti vyjádření dítěte v průběhu výuky. (přílohy č. 3, 4) Komplexní stimulaci doplňují počítačové programy, jež jsou ovládány za pomoci dotekové obrazovky.

Tabulka č. 17: Rok 2002 – věk 10 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Nácvik globálního čtení	Brepta	Speciálním pedagogem CAAK hodnoceno - bez zjevného pokroku.	Používá cca 6 symbolů (jíst, pít, škola, domů, spát, bolí)
Prolínání a kombinace užívání znaků, symbolů, slov, globálního čtení	Dále se pracuje s programy - Méd'a 99, Play family, Gordi v říši her		
Piktogramové pohádky, později snaha o spojování s gestem	Méd'a 99 – zakoupen domů		
Grafomotorika - dokreslování obrázků s vedením			

Obdobím prvotního uplatňování komunikačního záměru několika piktogramy lze označit věk 10 let dítěte. Jak vyplývá z tabulky č. 17, dovede chlapec aktivně vyjádřit své potřeby asi šesti symboly. Zároveň častěji listuje nabízenou knihou a s úsměvem upozorňuje na symboly znázorňující vztek či bolest (příloha č. 5). V reakci na pozitivní zkušenost s písničkami v symbolech přispívá specialista obdobnou aktivitou. Nyní v podobě krátkých pohádek. Např. Bouda, budka chlapci dramaticky vyhovuje, spontánně předvádí klepání, podává zvířátka a nakonec uléhá na podlahu demonstrující medvěda, jenž budku rozbil. Doprovod terapeuta gesty zcela neguje. Chlapec v současné době navštěvuje 1. ročník a matka by ráda podpořila nácvik grafomotoriky. Nedokončené obrázky v zatavených foliích odolají i nechuti spojené s touto aktivitou (příloha č. 6).

Nově zařazená metoda globálního čtení pedagogem ve škole vede k vytvoření komunikačního listu s fotografiemi blízké rodiny. Matka jej obdrží včetně proužků s pojmenováním jednotlivých členů tak, aby chlapec mohl přiřazovat (příloha č. 7).

Současné zhoršení agresivních stavů, negativně ovlivňující spolupráci, iniciuje ošetřujícího psychiatra k medikaci. Nadále však dochází k rozšiřování komunikačních tabulek - spolužáci, oblíbené knihy...(příloha č. 8). Po určitou dobu (cca dvou let) lze v domácím prostředí nalézt proužky suchého zipu s označením místností, věcí denní potřeby, hraček či aktivit. Chlapec piktogramy či fotografie akceptuje, ale výběrově nepoužívá. V centru se s různou mírou úspěšnosti daří pomocí piktogramů odpovídat na otázky nedávno reálně prožitých situací. Například: „Čím si přijel? Tramvají nebo autem?“

Rozšiřování nabídky počítačových programů, probíhající převážně v zařízení CAAK, sebou nese problémy spojené s jejich ovládním. Chlapec často používá ruku pedagoga jako prostředek řízení odpovědi. Rodiče dítěte po domluvě s terapeutem nakupují několik jednodušších programů. Dotyková obrazovka však v dané době přesahuje jejich finanční možnosti. Matka přijímá možnost zapůjčení většího a snadněji ovládaného přístroje (Big Mac).

Tabulka č. 18: Rok 2003 – věk 11 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Pohádky s piktogramy	Méd'a čte	Mává, ťuká, používá v pohádkách či u vět v symbolech, jež přiřazuje k fotografiím	Ukazuje pouze v případě nabízených symbolů.
Symboly, gesta, globální čtení, slova - propojování, nácvik porozumění	Méd'a počítá		Samostatně nepoužívá
Výběr ze 4 nabízených činností pomocí symbolů	AC - Keyboard		
Přiřazování vět v symbolech k fotkám	Programy z předchozích let		
Propojování vět v symbolech s gesty			

Ve věku 11 let dítěte dochází ve školském zařízení k několika změnám - třídní pedagog, logoped. Pohled vyučujícího na metody alternativní a augmentativní komunikace a jejich využití ve výuce se od představ rodičů značně liší. I přes četné pohovory s rodiči volí pedagog možnost primárně využívat verbální projev. Dané rozhodnutí podporuje spontánní aktivita dítěte vyslovit první hlásku slov.

Matka po konzultaci s odborníkem speciálního zařízení dále přispívá k plánovanému rozšiřování tabulek kooperujícím s oblíbenými činnostmi. Každý pátek

odjíždí k prarodičům, kteří na vesnici chovají domácí zvířata. Chlapec velmi rád pomáhá v průběhu krmení. S babičkou chodí na louku, kde hrabe posekanou trávu. Doma se věnuje luxování nebo pomáhá v kuchyni (příloha č. 9). Formou globálního čtení již sestaví větu složenou ze dvou až tří slov dle fotografie (příloha č. 10). Znaky vycházející ze souboru Makaton užívá ojediněle. Strukturní plán pravidelných týdenních aktivit vyrábí matka na žádost vyučujícího (příloha č. 11).

Tabulka č. 19: Rok 2004 – 12 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Zrakové rozlišování různých obalů a spojování s nabízenými obrázky	Beruška	Občas naznačí, ale jejich zásoba nenarůstá	Stále pouze při nabídnutí
Globální čtení – celá slova, po jednotlivých hláskách	Programy již používané – Méd'a čte, počítá, AC - Keyboard		
Reálný předmět x obrázek			
Zvuková pexesa			

Kognitivní dovednosti dítěte dosahují úrovně bezpečné diferenciaci samohlásek. Tato skutečnost otevírá nové možnosti. V centru pracují s počítačovým programem AC - Keyboard, jehož hlasový výstup přečte zadané hlásky. Monitor zobrazí určité slovo, které chlapec formou výběru písmen přečte - přibližně 15 slov.

Druhou alternativu tvoří rozstříhané výrazy zaznamenané na barevně odlišném podkladovém materiálu. Chlapec ukládá jednotlivá písmena za sebou v pořadí dle vzoru. Dochází tedy ke dvěma činnostem - třídění a skládání slov.

Tabulka č. 20: Rok 2005 – 13 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Analýza první hlásky	Žádný nový program nepoužívá	Málo srozumitelné ale občasné použije adekvátně situaci	Stále pouze nabízené
Globální čtení se znaky	Využívá všechny programy z předchozích let a to v rozličných kombinacích (dle zaměření cvičení, aktuálního stavu)	Bez rozšíření zásoby	
Nácvik orientace v rozšířených tabulkách - oblečení, co má na sobě, co se nosí v zimě x v létě, barvy - většinou spojeno			

s barvou oblečení	určitého			
----------------------	----------	--	--	--

Závěrečné rozšíření listů komunikační knihy je spíše reakcí odborného speciálního pedagoga na přání matky. Ráda by totiž umožnila chlapci výběr oblečení. Vzhledem k již pokročilým dovednostem orientačním i diferenciacním jsou piktogramy menší. V současném třídění dle kategorií a u barev též odlišným podkladem sledávám prvky formální úpravy listů knih využívaných metodou VOKS (příloha č. 12). Opětovné agresivní výpady dítěte mající možné základy v nástupu puberty opakovaně negativně ovlivňují spolupráci. Aktivně stále dochází k řečovým projevům na úrovni prvních hlásek, výjimečně slabik. Průběžnou diagnostikou dospívá odborník SPC k závěru zlepšení motorických dovedností v oblasti mluvidel i celkové srozumitelnosti, což ale v konečné fázi vyjádření stále nedostačuje.

Tabulka č. 21: Rok 2006 - 14 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Globální čtení	Žádný nový program nepoužívá	Zájem chlapce opětovně upadá	Rád listuje a prohlíží komunikační tabulky. Sám však aktivně nepoužije k vyjádření.
Rytmizace	Využívá všechny programy z předchozích let a to v rozličných kombinacích (dle zaměření cvičení, aktuálního stavu)		
Slovesa se znakem			

„V roce 2006 je chlapec přeřazen do třídy složením lépe odpovídající jeho schopnostem. Bohužel s pubertou se objevuje velký negativismus, odmítá většinu činností a krátkodobá schopnost soustředit se chlapce značně omezují v dalším rozvoji. Odmítání dosahuje takové úrovně, při níž není možné dále používat komunikační tabulky. Z těchto důvodů dochází k ukončení spolupráce s centrem alternativní a augmentativní komunikace.“ (Saláková, 2010, s. 109) Specialista ale neuzavírá možnost navázání opakované spolupráce. Podmiňuje ji však úpravou afektivních stavů.

V případové studii chlapce č. 1 jsou využity tabulky č. 1 – 14, 16 - 21 a schémata 1 – 9 z diplomové práce. (Saláková, Analýza logopedické péče jedince s kombinovaným postižením, 2010)

8 Případová studie chlapce č. 2

(k datu ukončení výzkumu 12 let)

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v úplné rodině se starší sestrou (zdráva) a prarodiči. Matka dítěte je vyučena, v současné době v domácnosti (pečuje o syna). Otec dosáhl středoškolského vzdělání, pracuje na pozici dozorce, jeho zdravotní stav uspokojivý (narušena funkce štítné žlázy). V rodinách rodičů se nevyskytují žádná závažnější onemocnění ani civilizační (cukrovka...).

Osobní anamnéza

Chlapec narozen z druhé fyziologické gravidity. Těhotenství probíhá zdravě - bez komplikací či jiných rizikových faktorů. Spontánní porod probíhá v termínu, záhlavím, chlapec nekříšen. Časně postnatální období bez výskytu novorozenecké žloutenky. Porodní váha 2950 g, délka 49 cm.

Po porodu dochází k potížím s přísátím, které jsou později normalizovány. Jinak se chlapec jeví jako zdravý, i když hypotrofický, novorozenec.

Po propuštění shledává ošetřující lékařka chlapce i přes dostatečnou laktaci neprospívajícím (kojen 4 měsíce), později i lehce vývojově opožděným (ve srovnání s normou). Ve třech měsících 3/2000 odesílá chlapce na Klinikou dětského a dorostového lékařství VFN v Praze 2, Ke Karlovu 2, k provedení komplexního vyšetření. Na základě došlých výsledků lékařka indikuje stimulaci za podpory Vojtovy metody reflexní lokomoce, včetně dalšího neurologického sledování.

Raný psychomotorický vývoj

Chlapec prodělává běžné infekty dětského věku. Z klasických dětských nemocí pouze neštovice. Vzhledem k potížím vedoucím ke stavu neprospívání (časté zvracení, průjemovitá onemocnění) dochází k častějším hospitalizacím, včetně indikací kontrolních vyšetření ve VFN Ke Karlovu 2. Úrazová a operační anamnéza chlapce negativní.

Od 3. týdne u chlapce pozorován úsměv, v 6 měsících symetrická opora na loktech. Sedí v 10 měsících, ve 12 měsících leze. Stojí s oporou v 18 měsících, v 21 měsících chodí kolem nábytku. Samostatná chůze se objevuje ve 3,5 letech.

Celkově opožděný psychomotorický vývoj se samozřejmě výrazně projevuje v oblasti rozvoje řeči a komunikačních dovedností. Silným křikem dokáže chlapec upoutat pozornost okolí a vyjádřit své potřeby. Na hlas z okolí reaguje úsměvem. Podle matky chlapec brouká od 18 měsíců, žvatlá od 2,5 let většinou v době, kdy pobývá o samotě. V přítomnosti dospělých žvatlání ustává a objevuje se, jak již bylo řečeno dříve, úsměv. Občasné hry s mluvidly používá chlapec při pozorování starší sestry. Matkou nabízené knihy si prohlíží rád, avšak k žádoucí vokalizaci nedochází.

Ostatní hygienické návyky jsou chlapcem v průběhu dne udržovány od konce 4. roku života (rok 2003) s pravidelným vysazováním na toaletu. V noci čistotu neudrží.

Diagnostika

V prvním roce chlapcova života dochází v odborné diagnostice k indikacím vyšetření zaměřených na etiologii neprospívání a opožděného psychomotorického vývoje. Výsledky komplexního vyšetření potvrzují gastroesophageální reflux (GER), centrální koordinační poruchu i hypertonický syndrom. Neurolog indikuje stimulaci za podpory Vojtovy metody reflexní lokomoce.

V období mezi 1. – 3. rokem komplexní diagnostiku doplňují vyšetření alergologická, antropologická, genetická, psychologická či psychiatrická, která jsou průběžně vyhodnocována v průběhu plánovaných hospitalizací. V září 2001 je v souvislosti s neprospíváním vyloučena alergie na bílkovinu kravského mléka. V říjnu téhož roku vyjádřeno podezření syndromu fragilního X chromozomu - proveden odběr s výsledky prokazujícími normální genetický nález chlapcova karyotypu. Neurologická diagnostika uvádí mozkovou obrnu - spastická forma. Provedená psychologická vyšetření předkládají chlapcovi aktuální vývojovou úroveň odpovídající pásmu středně těžké mentální retardace s autistickými rysy.

Postupující diagnostiku v období mezi 4 - 6 lety komplikují epileptické záchvaty. Současně probíhá diferenciální diagnostika v oblasti metabolické. Dítě má nízké hodnoty kreatinu. Vzhledem k nemožnosti provedení nezbytného vyšetření v České republice jsou odebrány vzorky sera i moči a zaslány k podrobné diagnostice

na zahraniční pracoviště. Péče o chlapce rozšířena o oblast logopedie - navázán kontakt se SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci v Praze. Provedena další foniatrická a psychologická vyšetření.

V období chlapcových 6 - 9 let dochází k opětovnému rozšíření odborného týmu o obor ortopedický. Současně sledujeme prohloubení intelektového deficitu - diagnostikováno vývojové pásmo těžké mentální retardace. Ze zahraničí jsou potvrzeny testy DNA prokazující genovou mutaci ve spojitosti s poruchou transportu kreatinu. Diagnostika klinického logopeda na konci tohoto období uvádí symptomatickou poruchu řeči při postižení centrálního nervového systému při metabolické poruše, mentální postižení, dysartrii.

V dalších letech již nedochází k aktuální diagnostice. Chlapcův zdravotní stav je kompenzován a bez výraznějších změn.

V současné době lze diagnózu dítěte zahrnout do následující podoby: *MO - spastická, centrální hypotonický syndrom s frustní diparesou, cerebelární symptom, PMR - středně těžká až těžká, mikrocephalie, porucha transportu kreatinu, epilepsie, hyperdolichocefalie, paleocerebellární syndrom, autistické rysy.*

Sociální anamnéza dítěte

Tabulka č. 22 : Průběh a vzdělávání chlapce od 9/2003

Čas	Zařízení	Jaké	Komentář
9/2003 – 6/2004 3 ¾ - 4 ½ roku	Mateřská škola speciální	speciální	Adaptace i odloučení od matky bez problémů, hyg. návyky - neudrží (plenován), jídlo - potíže se žvýkáním a polykáním, je krmen, hra - manipulační, řeč - na úrovni žvatlání
10/2004 – 6/2008 4 ¾ - 8 ½ roku	Dětské centrum	speciální	V zařízení chlapci poskytována speciálně - pedagogická, psychologická, logopedická i rehabilitační péče. Od 9/2007 - 6/2008 chlapec navštěvuje přípravný ročník ZŠS při DC 1 hodinu týdně
9/2008 – současnost 8 ¾ ➔	Základní škola speciální	speciální	Chlapec nastoupil v 9/2008 do 1. ročníku. V současné době 9/2011 navštěvuje 4. ročník

Speciální mateřská škola

Mateřská škola (MŠ) představuje typ speciálního předškolního zařízení disponujícího 4 třídami. Do MŠ speciální jsou přijímány děti se specifickými vzdělávacími potřebami (s mentálním postižením, s tělesným postižením, s více vadami, s vadami řeči, s poruchou autistického spektra, se zdravotním oslabením) předškolního věku. Děti intaktní jsou do zařízení přijímány pouze v malém počtu na základě žádosti rodičů. Ve třídách zajišťují intervenci speciální pedagogové a asistenti pedagoga. Prostředí tříd i speciální pomůcky jsou přizpůsobeny speciálně vzdělávacím potřebám zařazených dětí. Při MŠ speciální pracuje speciálně pedagogické centrum (SPC), které zajišťuje včasnou intervenci, diagnostickou, poradenskou, psychologickou i rehabilitační činnost. Logopedickou intervenci zajišťuje odborný speciální pedagog - logoped.

V září 2003 zahajuje chlapec na doporučení motolské nemocnice docházku do speciálního zařízení. Docházka probíhá 1x týdně po dobu 2 hodin. Dítě je vřazeno do skupiny s dalšími 5 - 6 spolužáky. Dle poskytnutých materiálů matky probíhá adaptace pozitivně. Ve společnosti ostatních dětí pozoruje jejich činnost, přičemž mění výraz obličeje od neutrálního postoje k úsměvu. Spontánní hra chlapce se v tomto období nachází na úrovni manipulační hry. Funkční využívání předmětů chápe omezeně (věcmi hází na zem). Později dochází k počátečním projevům hry funkční s občasnými náznaky nápodoby.

Dětské centrum

Dětské centrum (DC) představuje samostatné modelové zařízení komplexní péče o děti a mládež se závažnými kombinovanými postiženími a jejich rodiny (dělené do několika středisek), tj. speciální typ zařízení. Denní stacionář poskytuje intervenci jedincům od 2 - 35 let. Komplexní intervenci v oblasti sociálně - pečovatelské, zdravotně a výchovně vzdělávací, doplněnou o odbornou péči psychologickou, logopedickou, speciálně - pedagogickou, fyzioterapeutickou, sociální a terapii dle Montessori.

V roce 2004 začíná chlapec docházet do dětského centra. Důvodem pro změnu speciálního zařízení se stalo neosvědčení minimální docházky do MŠ speciální. Po dohodě s pracovníky speciálně pedagogického centra při MŠ speciální je rodičům nabídnuta možnost docházky do DC, jež má k dispozici možnosti pravidelnější

docházky. Z počátku 3x týdně, postupně pomalé navyšování. Chlapec zde navštěvuje třídu s 15 dětmi různého věkového rozmezí. Po adaptaci je dítěti poskytována péče logopedická, psychologická, fyzioterapeutická či speciálně - pedagogická pracující v souladu Montessori školy. DC zapojuje chlapce též do podpůrné péče - hipoterapie, canisterapie, muzikoterapie či plavání. Současně dochází k rozvoji sluchové, zrakové, hmatové percepce, prostorové a časové orientace, paměti, pozornosti i oblasti motoriky. Logoped DC v letech 2004 - 2008 úzce spolupracuje se speciálním pedagogem oboru logopedie Speciálně pedagogického centra pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK). V průběhu školního roku 2007/2008 dítě navštěvuje přípravný stupeň ZŠ speciální při DC.

Základní škola speciální

Vzdělávací koncepce této školy je specifikována intervencí o jedince s kombinovaným postižením. Při škole pracuje speciálně pedagogické centrum zajišťující diagnostickou, poradenskou, sociální a speciálně - pedagogickou činnost.

V září 2008 chlapec nastupuje do 1. ročníku základní školy speciální. Před vlastním nástupem chlapec společně s matkou absolvuje potřebná diagnostická vyšetření ve SPC při této škole. Chlapec se vzdělává ve třídě společně s dalšími 5 žáky. Výuku zajišťuje třídní učitel ve spolupráci s vychovatelem. V souvislosti změny školského zařízení dochází k převedení dítěte z logopedické péče DC do kompetence klinického logopeda při SPC. Současně dochází k ukončení kooperace s CAAK. Vzhledem ke svému zaměření i toto zařízení poskytuje možnost podpůrné speciálně pedagogické péče (canisterapie, muzikoterapie či plavání). Psycholožka SPC při speciální škole nabízí eventuality natočení videozáznamu dítěte při různých činnostech, které následně společně s rodiči a pedagogy rozebírá. Jedná se o tzv. videotrénink interakcí (VTI), jehož cíl spočívá v objevení negativního chování a podpoře terapeutických nástrojů posilujících nápravné působení.

8. 1 Logopedická intervence

Schéma č. 10: Logopedická intervence

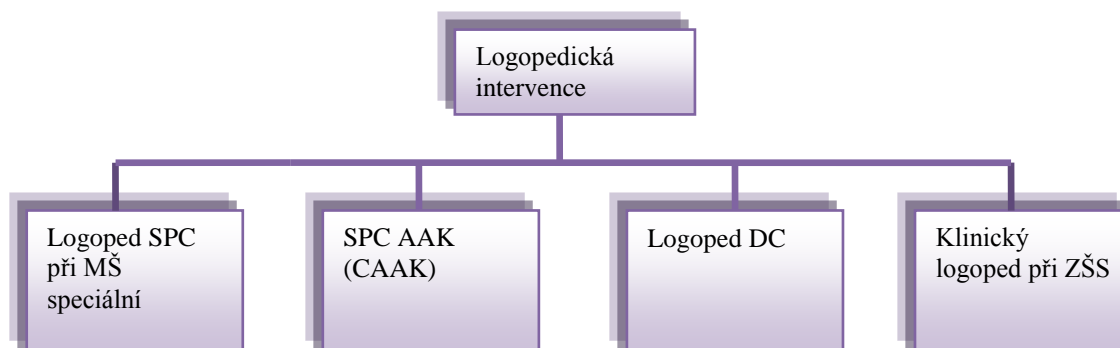


Schéma nám poskytuje zpětný pohled na logopedickou intervenci o dítě v období od 3 ¾ let po současnost, tj. 12 let (12/2011). Následující tabulka v daných souvislostech poukazuje na postupnou logopedickou diagnostiku. První nesoulad v řečovém vývoji byl zaznamenán ošetřujícím neurologem a hodnocen jako výrazně opožděný. V následujícím roce podpořena dg. mozkové obrny se současným rozvojem mentální retardace odpovídající středně těžkému pásmu.

Tabulka č. 23: Logopedická diagnostika

Diagnóza	Kdy	Kým
Výrazné opoždění řeči, centrální hypotonický syndrom postupně se známky lehčí MO, psychomotorická retardace	Září 2001	Ošetřující neurolog
Kombinované postižení, MO spastická forma, mentální retardace	Leden - květen 2002	Klinika dětského a dorostového lékařství VFN
PMR, MO, OVŘ, autistické rysy	Březen 2005	Speciální pedagog - logoped, DC
Symptomatická porucha řeči při postižení centrálního nervového systému při metabolické poruše, MR, dysartrie	Říjen 2008	Klinický logoped při SPC

Poslední logopedická diagnostika probíhá v 10/2008. V následných obdobích již není nikterak upravována.

Tabulka č. 24: Průběh a prolínání logopedické intervence

Věk chlapce	Frekvence sezení			
	Logoped SPC	SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)	Logoped DC	Klinický logoped při ZŠ speciální
0 – 3 roky				
3 – 5 let	3 $\frac{3}{4}$ - 4 $\frac{1}{2}$ roku 1x 2 - 3 týdny 15 min.	Od 4 $\frac{3}{4}$ roku 1x měsíc	Od 4 $\frac{3}{4}$ roku 3x týden 15 min.	
5 – 8 let		1x měsíc	Od 7 let 2x týden 20 min.	
8 ➔ současnost		8 $\frac{3}{4}$ let ukončení péče	Od 8 - 8 $\frac{1}{2}$ let 1x týden 20 min.	8 $\frac{3}{4}$ let 2x týden 20 min.

Přehlednost tabulky dokládá skutečnost, že u chlapce i přes diagnostiku není do 3 let věku iniciována logopedická terapie. Její zahájení se datuje do období necelých 4 let, což je nepochybně pozdě. Z pohovorů s rodiči docházím k závěru, že odborníci hledají především příčinu chlapcových výše popisovaných obtíží. Rozvoj motorických schopností zajišťují pomocí Vojtovy metodiky reflexní lokomoce, ale vyšší stupně dále nepodporují. Současně však musím zdůraznit skutečnost doporučení motolské nemocnice, na jehož základě probíhá zařazení chlapce do speciálního předškolního zařízení, v němž nachází speciálně pedagogickou podporu, včetně logopedické intervence.

V tabulce č. 24 též nacházíme frekvenci logopedické podpory. Předškolní zařízení dítě navštěvuje pouze 1x týdně na dobu 2 hodin. Podle mého názoru nemá mít tato upravená docházka vliv na danou intervenci. Vzhledem k typu speciálního zařízení má být terapie častější. V dětském centru (DC), do něhož chlapec přestupuje z důvodu možnosti pravidelné docházky, má být logopedická podpora každodenní. Všimněme si skutečnosti prolínání dané intervence mezi 4 $\frac{3}{4}$ - 8 $\frac{1}{2}$ lety. S potěšením uvádím fakt koordinace terapeutických postupů odborníků z DC a CAAK. K tomuto tvrzení dospívám na podkladě písemné komunikace, již si matka uschovala. Nicméně realitou zůstává nízký počet sezení.

Tabulka č. 25: Hláskový inventář

Věk	Jemné motoricko - artikulační dovednosti
Od 18 měsíců – preverbální období	Broukání
2, 5 – 4 roky	Verbálně neartikulované zvuky bez komunikačního záměru o samotě, 2,5 roku začal žvatlat, často výská, samohlásky - a, souhlásky - m, v, občasné spojení do slabik ma, va
4 – 6 let	Onomatopoa, samohlásky - a, e, o, slabiky ma, va, pa, ba, zdvojuje apa - pa, aba - ba
6 - 8 let	Onomatopoa, samohlásky - a, e, o, u, souhlásky - t, j, m h, d', ň, k, výrazy - Ád'a, táta, etě, tak, teta, jeje, Máňa, ajeto, hoto (hotovo), pe (Petr), auto - spíše opakuje bez porozumění, ale podařilo se použít i v určitých situacích
8 – 11 let	Vydává neartikulované zvuky, echolálie „co je to“, adekvátně pojmenuje auto, haf, hú, komunikaci podle obrázků - nevyužívá, větší ochota k nápodobě znaků

Pokud se blíže podíváme na hláskový inventář, zjišťujeme skutečnost velmi omezené artikulační dovednosti. Chlapec žvatlá až od 2,5 let. Následně ojediněle zdvojuje. V období 6 - 8 let dítě dle odborníků DC akceleruje ve vývoji. Dle dostupných materiálů v aktivní řeči používá 6 slov. Současně však dodatečně uvádí fakt, že nemají komunikativní funkci, chlapec si je říká sám pro sebe. Toto hledisko podporuje následný řečový vývoj, tj. echolalické opakování bez porozumění. Dítě není ke komunikaci motivováno, což rodina pravidelně konzultuje v současné době (12/2011) s klinickým logopedem.

8. 1. 1 Logopedická intervence ve SPC při MŠ speciální

Vzhledem k docházce 1x týdně po 2 hodinách, frekvenci logopedické intervence i již nedohledatelné dokumentaci není možné poskytnout náležité informace, vycházet lze pouze z matčiných vzpomínek. Dle nich probíhá daná terapie spíše skupinově společně s pedagogem, který hravou formou rozvíjí motorické, smyslové i řečové dovednosti. Současně ve spolupráci s logopedem procvičuje jím doporučené úkoly. Individuální sezení (frekvence 1 x 2 - 3 týdny) jsou zaměřena na rozvoj oromotoriky, pozornosti, orientace, podporu rozumění, rozvoj pasivní slovní zásoby, počátky nácviku alternativní a augmentativní komunikace (fotografie 6 ustálených činností), zrakové i sluchové percepce.

8. 1. 2 Logopedická intervence v dětském centru

Z hláskového inventáře (tabulka č. 25) lze vyvodit artikulační dovednosti chlapce v daném věkovém období (4 ¾ - 8 ½ roku). Dítě komunikuje pomocí onomatopoií, několika samohlásek, které spojuje do slabik s občasným zdvojováním. Vzhledem k několikaleté časové ose docházky do zařízení sledují jeho odborníci nástup akcelerační vývojové křivky. Dochází k proslovení malého množství slov. Ta jsou zpočátku logopedem považována za náhodnou aktivitu, jež se však následně objevuje v ustálených situačních simulacích. Přesto chlapec komunikuje především neverbálně s aktivní mimikou.

Tabulka č. 26: Hrubá motorika

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Lezení, chůze do schodů s držením za ruku doprovodu i zábradlí, koordinace horních i dolních končetin při chůzi (ruce bezvládně visí před tělisy, občas používá jednu, jednu nohu vtáčí špičkou a druhou si ji přisouvá)
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Chůze po schodech nahoru x dolů (nestřídá končetiny, stále oboustranné držení), hra s míčem - posílání, házení
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Chůze po schodech se střídáním nohou, hod x chytání míče, cvičení dle nápodoby (zvedání rukou x nohou)
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Do schodů vzhůru nohy střídá, dolů s přísunem, chytání a kopání do míče, poskoky na obou nohách, úkroky stranou

Tabulka č. 26 zobrazuje dovednosti dítěte v oblasti hrubé motoriky. Činnosti jsou voleny dle individuálních možností s ohledem na vývojovou posloupnost s častým střídáním či prolínáním ostatními oblastmi.

Tabulka č. 27: Jemná motorika

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Manipulační činnosti s velkými předměty, navlékání korálků (oběma rukama) na pevný základ, komín z kostek (do 4)
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Nácvik aktivit pomocí vkládaček (dopomoc), práce s modelovací hmotou
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Vkládání geometrických tvarů, dopravních prostředků, zvířat, zasouvání kolíčků do otvorů, šroubování víček, navlékání korálků s pomocí dřevěné jehly, trhání, mačkání papíru
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Provlékání, obracení stránek v knize po jedné, rozbalení menších předmětů, stavění z kostek (do 6) či dle velikosti (na sebe i do sebe - pyramida), přesýpání, zapínání knoflíku a zipu, navlékání korálků na široký provázek

Pokud pozorně sledujeme tabulku č. 27, vidíme pozvolný postup v aktivitách podporujících jemnou motoriku. Pro chlapce jsou určité činnosti velmi složité (často se zlobí, vzteká, hází předměty), což vede k výběru pro něj atraktivních motivačních prostředků. Opětovně platí nutnost střídání jednotlivých úkolů se současnou dávkou potřebné podpory.

Tabulka č. 28: Grafomotorika

Věk	Činnosti
4 ¼ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Nácvik podávání a sbírání předmětů (věci sbírá nepřírozně nataženými prsty s opozicí palce), hry s prsty
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Uvolňovací cviky nejprve ve vzduchu poté na papíře, nácvik úchopu (tužku drží křečovitě v celé dlani)
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Čmárání, úchop stále nesprávný, tužku drží oběma rukama, uvolňovací cviky, nácvik svislých a vodorovných čar
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Úprava úchopu, tužka již držena převážně v pravé ruce, průpravná a uvolňovací cvičení, počátky řízené čáry

V oblasti grafomotorických dovedností dítě nejprve podává a sbírá předměty, jež jsou postupně zmenšovány, přičemž odborník dbá na správný způsob zvednutí i podání požadované věci. Pomalu přechází k procvičování prstů, nácviku psaní ve vzduchu či úpravě úchopu tužky. U chlapce není stále upevněna laterálníta. Předměty, tužku i např. lžici bere do obou rukou - převaha pravé ruky od cca 8 let.

Tabulka č. 29: Oromotorika

Věk	Činnosti
4 ¼ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Dechová cvičení - dech mělký, povrchní, dýchá pusou. Dochází k nácviku správného dýchání, sahání na rty, tváře logopeda i své
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Nácvik usměrňování výdechového proudu - foukání do míčku (napodobí sehnutí se a přiblíží pusy k míčku), procvičování pohyblivosti jazyka - vyplázne x zasune, práce se rty a čelistmi - pokusy o špulení, otevírání x zavírání úst
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Usměrňování výdechového se daří s občasnou úspěšností, usmívá se a špulí rty - nedaří se provést jako celek, jazyk vyplázne, střídá pohyb ze strany na stranu, vážně retný uzávěr
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Podpora retného uzávěru, jazyk - vyplázne, líže zmrzlinu, nezvedne vzhůru, krátce foukne brčkem do vody, papíru, dlaní, činnosti probíhají napodobou před zrcadlem

Tabulka č. 29 poukazuje na velmi omezené možnosti mluvidel. Chlapec značně neochotně přistupuje k aktivačním podnětům. Zajímají jej ale ústa terapeuta, který dané situace využívá k hmatové a vizuální podpoře nápodobou.

Tabulka č. 30: Zraková percepce

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Vkládá kruhový tvar, ze zasouvačky vyndá 2 tyčky, peletky vhodí do skleničky, ukazuje na obrázky - chybně
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Vkládá 2 geometrické tvary - kruh, čtverec, rozpozná 2 barvy s dopomocí, práce s obrázky
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Třídí dle tvaru - čtverec, kruh, trojúhelník, 2 barev, velikosti - malý x velký, práce s obrázky - stejné
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Třídí geometrické tvary, 3 barvy, skládá loto, půlené obrázky, puzzle 3 díly, přiřadí předměty k obrázkům, vyhledá objekt na obrázku

Zraková percepce dítěte je zpočátku směřována do okruhu třídění předmětů dle tvaru - postupně navyšován počet tvarů, včetně bezchybného provedení, velikosti či barev. Dochází k diferenciaci při práci s obrázky i přes prvotní potíže v oblasti porozumění (chlapec nerozumí verbálnímu pokynu - nutno předvést). Současně vyžívá zrakovou syntézu a analýzu.

Tabulka č. 31: Sluchová percepce

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Lokalizace zvuku - určení výchozího směru se zrakovou kontrolou
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Lokalizace zvuku - bez zrakové kontroly, zvuky z okolí - chlapec zrakem kontroluje zvuk i objekt (zvířata, dopravní prostředky, věci denní potřeby - dle oblastí)
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Zvuky z okolí - nácvik bez zrakové kontroly, nově zařazeny jednoduché hudební nástroje, poslech písní
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Zvuky z okolí - přidávají se zvuky hry na tělo (dupání, plácání o kolena, tleskání), postupné určování intenzity zvuku, krátké rytmické celky, poslech písní

Vnímání zvuku, lokalizace a diferenciacie jsou u chlapce rozvíjeny postupně v souvislosti s náročností úloh. Vzhledem k velmi krátkodobé pozornosti dítěte volí terapeut hravé formy využívající jeho zvědavosti.

Tabulka č. 32: Hmatová percepce

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Hlazení předmětů s různými povrchy - pasivně, navození příjemných pocitů
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Aktivní vyhledávání předmětů navozujících příjemné pocity, poznávání dalších vlastností předmětů (měkké x tvrdé, teplé x studené) - se zrakovou kontrolou
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Zázračný sáček - nácvik rozpoznávání předmětů pouze hmatem, rozšiřování hmatového inventáře - hry s vodou (mokrě x suché), geometrické tvary (kulaté x hranaté)
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Procvičování a upevňování hmatových vjemů

V tabulce č. 32 sledujeme hmatovou stimulaci chlapce pomocí předmětů s různými povrchy. Zpočátku je podpora zaměřena na ochotu dotýkat se i manipulovat s určitými předměty. Posléze dochází k nácviku jejich rozlišování se zrakovou oporou. V neposlední řadě i bez ní.

Tabulka č. 33: Orientace prostorová a časová

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Podpora orientace ve třídě, prohlížení obrázků a pasivní popis
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Podpora orientace ve třídě - již samostatně, s vizuální podporou v dalších prostorách budovy, orientace na obrázcích (pojmy nahoře x dole)
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Nácvik poznávání vlastního těla, prohlubování samostatnosti orientace ve třídě a ostatních prostorách školy, nácvik základní časové orientace průběhu dne, pojmy na x pod x v
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Pokračuje podpora vnímání vlastního těla, samostatný pohyb po DC, nácvik časové orientace (dle činností vázaných na dané zařízení),

Orientační dovednosti dítěte jsou rozvíjeny ve vzájemné posloupnosti. Počínaje obeznámením s učebnou, pokračujíc dalšími prostory zařízení za pomoci vizualizace. Následuje základní časová informovanost (rozdělení dne - den x noc, ráno x poledne x oběd). Bohužel i přes maximální strukturalizaci a vizualizaci zůstává chlapec po většinu dne časově dezorientován. Naopak velmi pěkně spolupracuje v oblasti poznávání částí lidského těla.

Tabulka č. 34: Paměť a pozornost

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Pozoruje dospělé při činnostech
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Nechá s k aktivitám dospělým přivést a snaží se o nápodobu, práce s fotografiemi
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Přiřadí předměty k obrázkům, třídí předměty do kategorií (dle fotografií, reálného předmětu - ovoce, věci denní potřeby, zvířata, dopravní prostředky)
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Rád si prohlíží knihy, časopisy - počáteční čtení, podá požadovaný předmět v místnosti, třídí podle velikosti, nalezne stín k jednotlivým obrázkům daného celku, objeví jmenovaný obrázek na rubu papíru, poznávání činností dle fotografií

V tabulce č. 34 pozorujeme pomalé navyšování nároků na popisované oblasti. Velmi zvolna dochází k prodlužování pozornosti a požadavků na paměť. Všechny činnosti musí být opakovány, tak aby chlapec mohl na jejich pevném základě nabývat nových vědomostí.

Tabulka č. 35: Pasivní slovní zásoba

Věk	Činnosti
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Prohlížení leporel a knih s následnou rytmiizací jednotlivých říkadel
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Práce s obrázkovými knihami, nácvik porozumění jednoduchých slov, pokynů, jež podporují orientační a komunikační dovednosti
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Prohlubování procvičování dovedností, chlapec má stále potíže s porozuměním, nacvičují se složitější slova - vše s vizuální oporou, poslech pohádek, komentování činností
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Další rozšiřování slovní zásoby, která bývá dělena do určitých celků (podle funkce či prostředí), plnění různých pokynů

Podobně jako u chlapce č. 1 je objem pasivní slovní zásoby u chlapce č. 2 (cca 200 slov) zásadně větší v poměru k aktivní (cca 6 výrazů). Pasivní slovní zásobu dítěte odborník zprvu podporuje prací s obrázkovými knihami zaměřenou na oblast porozumění. Následně rozvíjí komunikační dovednosti s ohledem na základní orientaci, rozšiřování slovní zásoby pro chlapce aktuálních celků, procvičuje plnění pokynů (podávání různých předmětů, provádění činností, nápodoba).

Veškerá aktivita dítěte musí být mohutně motivována. Dochází k využívání rytmiizace posilované plyšovými zvířátky, čtení pohádek či situačnímu komentování, které dokáže po krátkou dobu zaujmout. Vzhledem k problémům v oblasti porozumění nabývá soustavná péče na důležitosti a stává se prvořadým cílem terapie.

Tabulka č. 36: Motoricko – artikulační dovednosti

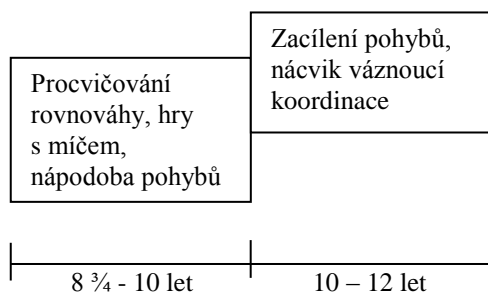
Činnosti	Věk
4 ¾ - 5 ½ roku (2004 – 2005)	Dechová, hlasová cvičení, vokalizace
5 ½ - 6 ½ roku (2005 – 2006)	Dechová cvičení, onomatopoa, hra s mluvidly, zdvojování hlásek
6 ½ - 7 ½ roku (2006 – 2007)	Dechová, hlasová, artikulační cvičení, onomatopoa, několik výrazů občasné využívaných v daných situacích, nápodoba, počátky pojmenování činností
7 ½ - 8 ½ roku (2007 – 2008)	Dechová, hlasová, artikulační cvičení, metoda komentování, nápodoba, občasné výrazy spíše echolalicky opakované, často bez porozumění, činnosti x obrázky

Dětské centrum (DC) nabízí podporu nejen v oblasti komunikace, ale i v dalších okruzích - fyzioterapie, Montessori aktivity, canisterapie, hipoterapie. Dle dostupných pramenů prochází chlapec dechovými cvičeními zaměřenými na výdechový proud (směřování, délka), v nichž napodobuje sehnutý ke stolu s přiblížením ústy k míčku. Následují artikulační cvičení - zvládne úsměv, otevření i zavření dutiny ústní, nacvičuje špulení či poslání pusy. Správné postavení mluvidel logoped vhodně podporuje přírodními zvuky. Hlasová cvičení - pracují s výdechovým proudem a silou hlasu. Vzhledem k těsné spolupráci s CAAK zařazuje odborník do péče i obrázky, jež matka přináší z jednotlivých sezení v daném centru. Dochází k propojování fotografií x obrázků x orální řeči. Vzhledem k popisovaným potížím s porozuměním považují tento postup za náležitě zvolený. Reálné předměty jsou zaměňovány nejprve za fotografie, poté za PCS obrázky, přičemž vše doprovází mluvená řeč. Takto nabývá na objemu pasivní slovník. Otázkou však zůstává, zda jeho objem odpovídá též obsahovému rozumění, protože má chlapci sloužit především k usnadnění orientace v komunikačním procesu. Bohužel dítě často činnosti neguje.

8. 1. 3 Logopedická intervence klinického logopeda při ZŠ speciální

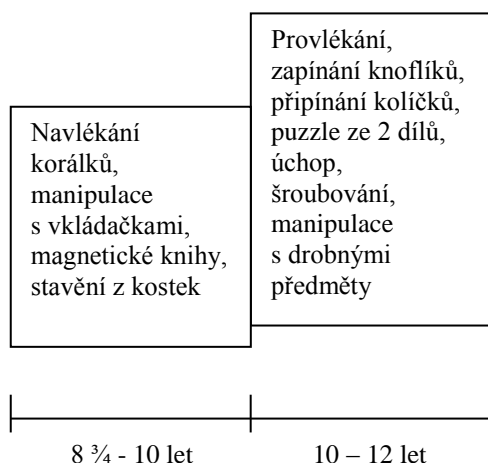
Do péče klinického logopeda chlapec spadá od 8 ¾ let po současnost (12/2011), tj. do 12 let. Obdobně jako u logopeda v dětském centru jsou rozvíjeny všechny oblasti, jež si dále podrobněji rozvedeme. Logopedická intervence probíhá 2 x týdně po dobu 20 minut. Dle osobního pohovoru s odborníkem bývá frekvence návštěv navyšována podle absence ostatních žáků - případné místo vždy nahrazeno určitým jedincem.

Schéma č. 11: Hrubá motorika



Hrubá motorika u chlapce je ovlivněna základní diagnózou centrální hypotonický syndrom s MO - frustní spastickou diparesou. Vzhledem k daným skutečnostem sledujeme lehce váznoucí koordinaci, rovnováhu, neadekvátní svalový tonus (dítě působí doslova „hadrákovitě“), včetně mírné nepřesnosti při zacílení pohybů. Logoped v rámci svých možností podporuje správné držení těla i celkovou koordinaci.

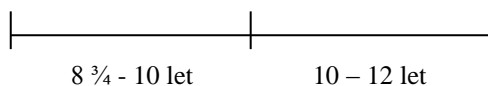
Schéma č. 12: Jemná motorika



V oblasti jemné motoriky dochází k chronologickému navyšování požadavků s cílem zautomatizovat již osvojené dovednosti. Aktivizace stále drobnějšími objekty chlapci přináší potřebnou fixaci. Jak již bylo uvedeno dříve, všechny činnosti přispívají ke zlepšení nepřesností zacílení pohybu horních končetin.

Schéma č. 13: Oromotorika

Dechová cvičení, uvolňování čelisti, podpora nápodoby, rozvoj artikulačního aparátu - olizování lžičky, práce s jazykem, míčkování, nácvik retného uzávěru

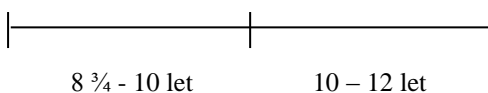


Motorika mluvidel a její procvičování jsou pro chlapce velmi obtížné. Činnosti probíhají pasivní i aktivní formou. Dochází ke stimulaci motorických bodů podle C. Morales, míčkování a podpoře pevného retného uzávěru, který stále ještě není vytvořen. Jazykem se daří pouze protruze, elevace vázne. Jako motivaci využívá odborník hry. V poslední době ale přibývá ochoty k nápodobě aktivit před zrcadlem. Tváře dítě nenafoukne, avšak rád zkoumá obličej logopeda. Mimika obličeje čilá, usmívá se i mračí - samostatně. Střídavě dané činnosti provést nedokáže.

Schéma č. 14: Zraková percepce

Vkládačky - geometrické tvary, zvířata, loto, půlené obrázky

Třídí obrázky do kategorií podle barvy, velikosti, tvaru, práce s obrázky a fotografiemi, logické dvojice, prostorová orientace, podpora pozornosti, puzzle



Péče o zrakovou percepci navazuje na předchozí terapeutické zaměření. Chlapec se zapojuje do aktivit již ochotněji, přestože k větším pokrokům nedochází. Pozitivní výkonnost se jeví u činností s obrázky, kdy dítě rozpozná i podá předměty na fotografiích - zde ovšem nelze hodnotit pouze popisovanou oblast, protože její prolínání s ostatními je nezbytné. Zlepšování vidíme při diferenciaci - třídění předmětů

do jednotlivých kategorií, vkládání či skládání různorodých pomůcek, čímž je rozvíjena zraková analýza i syntéza. Logické dvojice zvládá chlapec s názorem a dopomocí.

Schéma č. 15: Sluchová percepce

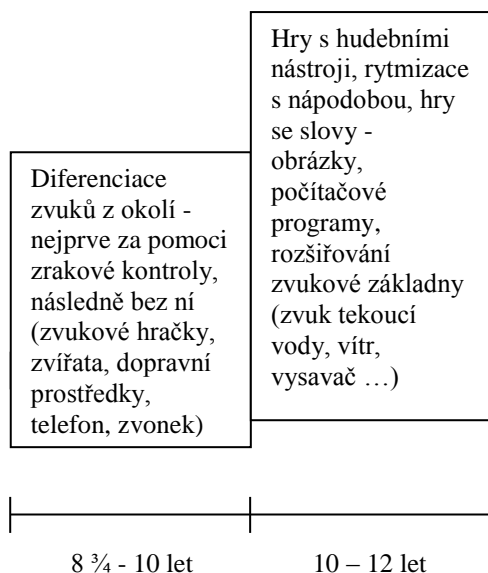
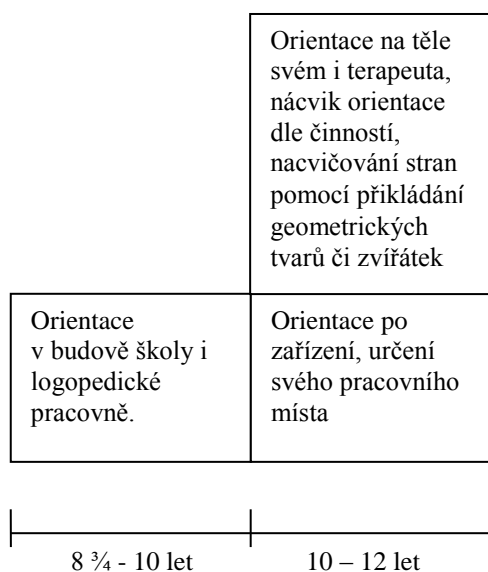


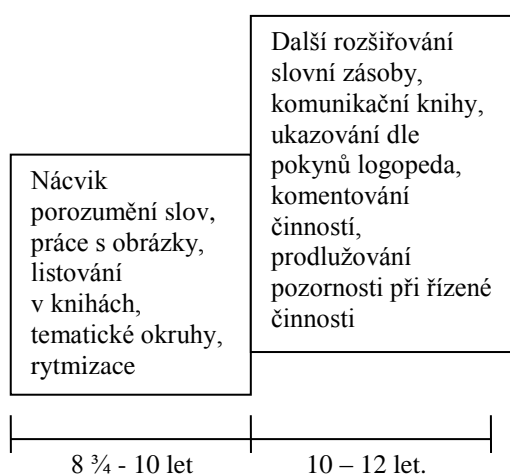
Schéma naznačuje postup stimulace dané oblasti, jenž se zaměřuje na určité tematické okruhy zprvu podporované zrakovou kontrolou. Pomalu jsou námětové skupiny rozšiřovány. Rytmicke (vytleskávání, hudební nástroje), hry se slovy (kráva x tráva, perník x parník) či poslech krátkých rýmovaných veršů - opět s oporou vizuální.

Schéma č. 16: Prostorová, časová, pravolevá orientace



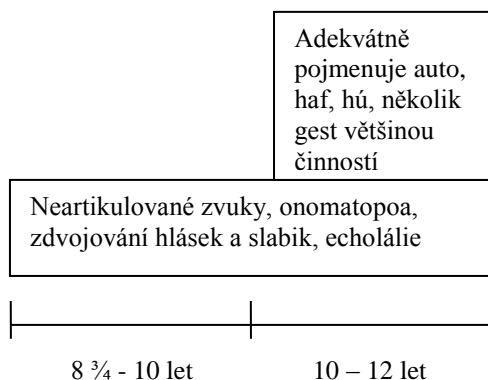
Vzhledem k novému školnímu prostředí dochází nejprve k nácviku orientace po budově školy, učebně či pracovně logopeda. Následuje vyhledání a určení svého vlastního pracovního místa. Podpora časové orientace pomocí fotografií či PCS obrázků činností, které má dítě vykonat v průběhu dne, bohužel dosud není chlapcem akceptována, Stále zůstává časově dezorientován. K nácviku pravolevé orientace dochází aktivací podpory obrázky zvířat, dopravních prostředků či zvířat, jež jsou na ploše umísťována na pravou a levou stranu. V průběhu těchto činností je nutné názorné předvedení i slovní dopomoc.

Schéma č. 17: Pasivní slovní zásoba



Rozšiřování pasivní slovní zásoby je uskutečňováno prostřednictvím různorodého materiálu. Vzhledem k počátečním potížím s porozuměním využívá v prvotních fázích odborník reálné předměty, jež doplňuje fotografiemi a následně obrázky. Z nich poté vytváří komunikační knihy, které jsou postupně řazeny do pro chlapce aktuálních celků. Rozšiřování jednotlivých kompletů probíhá v těsné spolupráci s pedagogy i rodiči.

Schéma č. 18: Motoricko - artikulační dovednosti



Řeč a obě její složky v sobě propojují všechny vývojové oblasti. Oblast aktivní slovní zásoby se u chlapce rozvíjí velmi pomalu. Nezbytnou součástí její podpory se stává obrazový materiál doplněný jednoduchými znaky. Vzhledem k omezeným motoricko - artikulačním dovednostem dítě většinou vydává neartikulované zvuky. Pokud je v dobrém rozmaru navazuje na krátkou dobu oční kontakt i pozornost. V případě jemu příjemných podnětů se zapojuje do nabízených činností, přičemž si rád prohlíží deník z fotografií vytvořený rodiči. Komunikační tabulky (příloha č. 13, 14, 15, 16), kde jsou jednotlivé symboly členěny do tematických celků - aktivně nevyužívá, ale orientuje se v nich (na požadovaný symbol ukáže). V současné době (12/2011) chlapec rozumí běžným pokynům a adekvátně na ně reaguje (zejména pokud jsou provázené gesty nebo v kontextu situace), aktivně echolalicky opakuje některé výrazy či krátké slovní spojení: „Co je to?“. Objevují se také agresivní výpady. Nabízené možnosti alternativní a augmentativní komunikace většinou odmítá. Narůstá však počet používaných gest (cca 6). Ta jsou provedena motoricky neobratně ale srozumitelně. Přesto logoped v těsné kooperaci s rodiči i pedagogy hledá další příhodné komunikační metody. Na základě domluvy se matka chlapce č. 2, podobně jako u chlapce č. 1, pokouší o přemísťování předmětů (rohlíky, pití...), tak aby došlo k situační potřebě a vyjádření přání. Toto opatření však nenalézá úspěšnou odezvu. Vhodnou motivací k podpoře mluvního apetitu se nadále jeví hravá forma terapie s využitím počítačových aktivit, o něž chlapec projevuje zájem.

V posledním roce, tj. rok 2011, je logopedická intervence zaměřena na vytvoření pracovních návyků (najít své pracovní místo, dokončit krátké úkoly...), podporu pozornosti, lexikálně sémantickou rovinu (rozšiřování slovní zásoby), aktivní i pasivní cvičení motoriky mluvidel (C. Morales, retný uzávěr...), sluchovou diferenciaci či základní sociální situace (vyjádření nesouhlasu, žádost o pomoc, poděkování, pozdrav) - pragmatická rovina. Ve spolupráci se speciálně pedagogickými pracovníky speciální školy přispívá logoped k vizuální strukturalizaci aktivit. Další metody alternativní a augmentativní komunikace směřují do nácviku VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém). Chlapcova komunikace probíhá formou totální v kombinaci znaků, orálního řečového projevu a komunikačních tabulek (pasivně).

8. 1. 4 Logopedická intervence se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)

Péče daného zařízení je rodičům nabídnuta po nástupu chlapce do dětského centra (DC), tj. ve 4 $\frac{3}{4}$ letech. Mezi logopedem DC a speciálním pedagogem CAAK dochází k navázání úzké součinnosti v terapiích. Dle dostupných materiálů, jež si matka uschovala, probíhá mezi terapeuty pravidelná písemná komunikace. Speciální pedagog CAAK zasílá po rodičích podklady, se kterými následně logoped DC pracuje. V období společného působení odborníků dochází i k návštěvě speciálního pedagoga CAAK v DC, kde je pořízena fotografická základna jednotlivých prostor centra. Výrazové dovednosti dítěte nalezneme v tabulce č 25.

Tabulka č. 37: Rok 2004 – věk 4 – 5 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní komunikace formy	
		Gesta	Piktogramy
Nácvik poznávání reálných předmětů, jejich třídění - stejné, dle kategorií	Méd'a pasivní sledování	Nepoužívá	Práce s trojrozměrnými symboly
Nácvik poznávání fotografií, výběr ze 2, nejprve náhodný později se zdá vědomý			
Počítačové programy			

V roce 2004 probíhají pouze dvě návštěvy. První se soustředí na diagnostiku dítěte a seznámení rodičů s metodami práce i možnostmi komunikační podpory. Podobně jako u chlapce č. 1 jsou rodičům i chlapci č. 2 předvedeny prostory SPC. Vzhledem k dosavadní minimální speciálně pedagogické - logopedické intervenci začíná odborník v průběhu druhého sezení hledat aspekty, jež dítě dokáže zaujmout. Na ně následně navazuje a podporuje zálibu ve zvukových hračkách, které kombinuje s předměty denní potřeby (hrnek, talíř, lžička).

V první fázi dochází k určování a třídění reálných objektů, čímž pedagog podporuje nejen porozumění, ale i ostatní vývojové oblasti. Jemnou motoriku - navlékáním velkých korálů nebo provlékačkami, zrakovou percepci vkládačkami. Chlapec pomalu přikládá stejné obrázky na pravou nebo levou stranu papírové podložky či do krabiček - prostorová a pravolevá orientace.

Reálné předměty odborník postupně převádí do obrazové podoby (fotografie), tak aby byla posilována dovednost vybrat si z nabízených možností, což není možné bez porozumění a každodenního nácviku. K podpoře těchto činností dochází v domácím

i školním prostředí, přičemž objekty na prvních fotografiích pochází z věcí chlapci známých a pro něj zajímavých (většinou objekty vydávající zvukový signál, hrnek, talíř, lžička, kartáček na zuby...).

Postupem času začíná dítě volit předmět, s nímž bude dále pracovat. Prvotní výběr se jeví jako náhodný, pozvolna však pozorujeme prvky volby vědomé. Motivačně specialista prokládá terapii počítačovými programy. Z počátku upřednostňuje pasivní sledování, čímž podněcuje vizuální kontakt a pozornost.

Tabulka č. 38: Rok 2005 – věk 5 – 6 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Nácvik přiřazování fotografií k předmětu - postupné rozšiřování kategorií	Gordi v říši her	Propojení obrázků činnosti s gestem. Pasivně jíst, pít, aktivně spát	Trojrozměrné symboly, fotografie
Výběr aktivit ze 2 možností	Méd'a 99		Nácvik principu VOKS - výměna obrázku za věc
Podpora zrakové, sluchové, taktilní stimulace, jemné motoriky, pozornosti, paměti, prostorové a pravolevé orientace			Prvotní užití PCS symbolů v obrázkových písničkách, slovesa - činnosti
Nácvik výběru písní s následnou výměnou - cvičení principu VOKS			
Počítačové programy			

V průběhu roku 2005 dochází k ustálení terapeutických setkání cca 1 měsíčně. Logoped SPC s matkou pravidelně probírá program následující návštěvy, kdy procvičují dřívější úkoly s aktuálním vřazením vždy složitější aktivity.

Dané období je charakterizováno rozšiřováním pasivní slovní zásoby a porozumění novým tematickým celkům, jež jsou opětovně převáděny do obrazového materiálu (ovoce, objekty z koupelny, geometrické tvary - kruh...). Odborník ztěžuje dítěti situaci změnou zavedeného systému. U předmětů, které již správně přiřadí k fotografii, obrací způsob třídění. Nyní propojuje obrázek podle názvu s předmětem (auto, zvon, pipi...).

V komunikaci dochází rovněž k zavádění obrazových sloves - činnosti s gestem (jíst, pít, spát). Chlapec nejprve pasivně pozoruje. Pozvolna však občasně aktivně užívá

PCS symbol i gesto pro sloveso spát. Z daného je patrné prvotní propojení obrázku a gesta. Další nově použitou aktivitu tvoří obrázkové písničky. Jejich základní princip představuje nahrazení verbálně vysloveného slova obrázkem. Toto provedení je uplatňováno až v dalších letech. Nyní se obrázky písni předkládají pouze výběrově bez jejich dalšího členění, tzn. aktivní volba dítěte - následuje zazpívání odborným speciálním pedagogem. V podstatě dochází k výměně obrázku za činnost, tj. k počátkům nácviku VOKS (Výměnný komunikační systém), který logoped současně aplikuje při výměně obrázku za věc.

Vzhledem chlapcově k zálibě ve zvukově aktivních objektech jsou v intervenci začleněny i počítačové programy, jež lze ovládat pomocí dotykové obrazovky, kterou CAAK disponuje či zjednodušeného zařízení nahrazující myš, tzv. kostky.

Tabulka č. 39: Rok 2006 – věk 6 – 7 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní formy komunikace	
		Gesta	Piktogramy
Písničky komunikačně - zpěv, ticho, podání, zpěv	Používané programy z minulých let	Stále znaky činností	Pasivní užívání PCS symbolů činností - pasivní (nutno předkládat)
Třídění předmětů do kategorií podle podstatného znaku			
Výběr činností ze 2 - 3 obrázků			
Nácvik logických dvojic - nejprve reálné předměty			
Naslouchání, zraková diferenciac			
Počítačové programy			
Grafomotorika - čmáraní, kroužení, držení tužky			
Propojení fotografie se zástupným předmětem. Předmětů s piktogramem. Slovesa obrázkem s gestem			

Obdobně jako v předchozích letech největších pokroků chlapec dosahuje v rozšiřování pasivního slovníku (zvířata, geometrické tvary, barvy, dopravní prostředky). Daří se propojování předmětu s fotografiemi, občasné s PCS symboly či gesty. Všechny metody práce však chlapec nepodporuje vlastní aktivitou. V této souvislosti si kladu otázku, zda je navyšování pasivního slovníku pro chlapce nesrozumitelné, tj. má problémy s jeho porozuměním či dochází k neschopnosti pojmut nabízenou kvantitu.

Na žádost umí vybrat činnost ze 2 - 3 obrázků. Procvičuje zrakovou syntézu a analýzu v podobě skládání celků ze 2 - 3 částí (s dopomocí). Půlené obrázky skládá způsobem volby druhého dílu ze 2 možností. Výběr většinou provede správně, avšak složí obráceně (projevují se potíže v diferenciaci). Hravou formou probíhá nácvik zrakové diferenciaci a naslouchání. Logoped dítěti ukazuje zvířátka, jež na zmáčknutí zvukově reagují (kráva, pes, kohout). Následně zvířata schová pod stůl. Cíl úlohy spočívá v rozpoznání zvířete na předložených obrázcích. V průběhu úkolu má chlapec tendenci nakouknout pod stůl.

Obrázkové písničky mají již komunikační záměr. Píseň hoch vybírá ze 2 - 3 nabídek. Následně začíná odborník zpívat, přičemž používá gesta společně s několika symboly. Po určitém časovém úseku přestává a žádá podání následného symbolu. Pokud jej obdrží správně, pokračuje ve zpěvu. V případě chybného určení pomáhá dítěti písni, v níž se o kus vrátí a zazpívá i úsek s požadovaným obrázkem. Tato aktivita chlapce zajímá a rád ji provozuje, i když s velkou dopomocí.

Mezi nové činnosti řadíme logické dvojice - nutno pracovat s trojrozměrnými předměty, fotografie jsou složité. Grafomotorická cvičení podporují úchop tužky. Probíhají formou čmárání a kroužení kolem objektů na papíře. Počítačové programy nejsou rozšířeny.

Tabulka č. 40: 2007 – věk 7 – 8 let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní komunikace		formy
		Gesta	Piktogramy	
Podpora slovní zásoby - přiřazování předmětů podle názvu k obrazovému materiálu a opačně, lotto	Méd'a a obrázky	Aktivně pokus o znaky - ryba, dům, auto, ahoj, spát, jíst	Lepící obrázky - nácvik výměny VOKS	
Nácvik zrakové analýzy a syntézy, diferenciaci	Brepta			
Počítačové programy				
Písničky komunikačně výběr ze 3 s proslovením a doplňováním. Následně pokusy bez proslovení				
Rytmizace, říkadla, krátké rýmované celky, naslouchání, nácvik sluchové diferenciaci				
Tvorba komunikační knihy - činnosti, místnosti, osoby - maximálně 5 - 6 obrázků				
Nácvik VOKS				
Grafomotorika - čmárání, kroužení, držení tužky				
Výběr z 5 – 6 možností				

Chlapec přes drobné potíže již většině používaných symbolů rozumí. Z tohoto důvodu nastala podle odborného speciálního pedagoga vhodná doba pro tvorbu první komunikační tabulky s maximálním počtem 6 symbolů. Tabulka obsahuje několik činností, z nichž si má dítě vybírat (jíst, pít, spát, jít ven, domů, hrát si). Dále specialista podporuje možnost rozšíření tabulek o fotografie spolužáků a prostor dětského centra. Plánuje následné přiřazení do komunikační knihy. Současně dochází k větší ochotě chlapce k nápodobě několika gest (jíst - pravá ruka k ústům, pít - pravá ruka se zvedá, jakoby držela hrnek, spát - ruce složit pod hlavu, ryba - pravá ruka provádí plovoucí pohyb, dům - ruce spojit do střechy, auto - ruce drží volant a točí s ním, ahoj - pravá ruka mává). Další nabízenou podporou jsou malé obrázky připevněné na lepícím proužku. Nácvik pomocí VOKS probíhá v okruhu hraček (auto, šašek, kostky, míč ...). Práce s obrázky, fotografiemi či gesty neutuchá i přes skutečnost, že dítě více žvatlá. Dle specialisty občas dochází k proslovení. Výraz ale není opakován.

Pravidelně jsou posilovány další vývojové oblasti pomocí puzzlí, lotta, pexesa přiřazování detailů z obrázku (formou otázek: „Co má krtek? Rybu nebo sněhuláka?“). Chlapcovu zálibu ve zvucích využívá terapeut v jednoduché rytimizaci, naslouchání krátkých rýmovaných veršů a říkanek. Narostl i počet symbolů určených k výběru. Dítě zvládá volbu z 5 - 6 aktivit, mezi něž řadíme i nové počítačové programy.

Tabulka č. 41: Rok 2008 – věk 8 – 8 ¼ let

Aktivita	Počítačové programy	Augmentativní komunikace		formy
		Gesta		Piktogramy
Propojování fotografie x symbol x gesto	Méd'a a obrázky	Občasné použití u činností - intenzita slábne		Nácvik oblečení
Orientace na ploše - třídění objektů patřících do určité místnosti	Brepta			
Pasivní slovník - jídlo, oblečení, lidské tělo, slovesa činností - třídění	Beruška			
Komunikační výběr, zpětné otázky				
Komunikační knihy - rozšiřování				
Rytmizace, veršované říkanky				

V posledním roce docházky do CAAK přechází chlapec do přípravného ročníku speciální školy. Speciální pedagogové pokračují v navázané spolupráci. U činností dochází k propojování fotografií x symbolů x gest se slábnoucí intenzitou. Odborník

apeluje na rozšíření komunikačních karet aktivit, protože představují jediné občasné využívané komunikační prostředky. Většinou jsou ale nabízeny. Další rozšiřování pasivního slovníku vede k možnostem rozšíření tabulek. Podpora v porozumění novým slovesům činností je orientována na povolání. Jejím účelem však není pojmenování povolání, ale porozumění obsahu obrázku. Obdobu oblíbených obrázkových písni tvoří krátké básničky (Byl jeden domeček...). Chlapec postupně řadí za sebou jdoucí symboly po jejich proslovení. K orientaci jednotlivých prostorů v souvislosti s objekty do nich patřících využívá terapeut kuchyň a dětský pokoj. Hoch lepí na proužek suchého zipu zvolenou kartičku. Posledními aktivitami, jež se mu s pomocí fotografií nebo symbolů daří částečně realizovat, odpovídají na otázky typu: „Kdo bydlí ve Vašem domečku?“, „Čím jsi dnes přijel?“, „Který pokojíček je tvůj?“ či zpětnovazební otázky směřující k uskutečněným činnostem daného sezení. S vedením ruky chlapec zvládne i doplňování neúplných obrázků (příloha č. 17). Z tabulek č. 37 - 41 lze vyvodit nepravidelné pokusy o znaky či použití obrázků nebo fotografií. Matkou však nejsou daná fakta potvrzena. Podle jejího názoru nedochází k jejich realizaci.

V průběhu školního roku spolupráce pedagogů s odborníkem CAAK ochabuje. I přes několikeré upozornění nutnosti nabízet komunikační symboly dítěti v reálných situacích není tato zásada dodržena. Speciálně pedagogičtí pracovníci současně podporují symboly ze souboru Makaton, které jsou pro chlapce matoucí i obtížně srozumitelné. Přechodem do nového zařízení, ZŠ speciální, dochází k ukončení intervence a její převzetí klinickým logopedem.

9 Případová studie dívky č. 3

(k datu ukončení výzkumu 8, 10 let)

Rodinná anamnéza

Dívka žije v úplné harmonicky laděné rodině společně s mladším bratrem, který je zdravý. Matka dosáhla vyššího odborného vzdělání, pracovala v oblasti televizní produkce. Vzhledem ke zdravotnímu stavu dcery i nutnosti celodenní péče je nyní v domácnosti. Otec dívky podniká.

Matka dítěte sledována pro juvenilní revmatoidní artritidu - bez léčby. V rodině otce opakovaný výskyt strabismu - otec i jeho sestry. Další anamnéza bezvýznamná.

Osobní anamnéza

Dívka narozena z první rizikové dvojčetné gravidity. Matka v průběhu těhotenství (od 4. měsíce) opakovaně hospitalizována pro hrozící předčasný porod, anémii, mírně zvýšené zánětlivé markery, léčena antibiotiky, 1 kúra kortikoidů. V lednu 2003 provedena cerkláž. Po komplikacích (fetus mortus dvojčete B) dochází ke spontánnímu porodu ve 26. + 2 g. t., záhlavím. Porodní hmotnost 730 g, délka neměřena, po porodu dítě zakřičelo. Postupně dochází k rozvoji dyspnoe, dýchání oslabené, v 5. minutě intubace. Appgar skóre 8 - 9 - 9.

Těžce nedonošený novorozenec byl přeložen na novorozenecký JIP FN Motol. Zde hospitalizován první čtyři měsíce života. V průběhu tohoto období parenterálně vyživován s postupným přechodem na umělou výživu (nekojen). Po porodu v krevním obrazu výrazná anemie - podána erymasa, nutná podpora oběhu. Postupně dochází k rozvoji původního hematomu na levém uchu do obrazu nekrózy - chirurgicky ošetřeno. Kardiologické vyšetření odhaluje středně významnou Botalovu dučej (PDA - otevřená tepenná dučej) - farmakologická terapie. RTG prokazuje bronchopulmonální dysplazii (BPD) v kombinaci s intersticiálním plicním edémem. Postupně se rozvíjí retinopatie nedonošených až do III. stupně. Zvýšená dráždivost, časté a opakované třesy končetin vedou neurologa k podpoře možnosti ojedinělých epileptických záchvatů - prokázáno EEG vyšetřením (Elektroencefalografie je neurologická vyšetřovací metoda, pomocí které lze sledovat aktivitu mozku). Matka přijata ke společné hospitalizaci

ve věku tří měsíců dívky - postupně zacvičena do péče, včetně rehabilitace pomocí Vojtovy metodiky reflexní lokomoce.

Při propuštění dítě kardiopulmonálně kompenzováno, bez klinických a laboratorních známek infektu, pomalu prospívá - váha 2410 g, délka 47 cm. Umělá plicní ventilace celkem 54 dnů, parenterální výživa 41 dní.

Raný psychomotorický vývoj

Vzhledem k předčasnému narození a komplikacím, jimiž těžce nedonošená dívka prošla, je její psychomotorický vývoj opožděný od počátečních fází života. Matka pravidelně navštěvuje několik odborných poraden a pracuje s dítětem podle jejich rad. V prvních letech života dívka prodělává běžné infekty, z klasických dětských nemocí pouze neštovice. Její zdravotní stav je od počátku těsně vázán k těžké nedonošenosti. Pokud se podíváme blíže, sledujeme neustálý boj s neprospíváním, který v sedmi měsících komplikují febrilní stavy - diagnostika mnohočetné urolithiasy s následnou obstrukcí dx. a kolibacilární pyelonefritidou.

Operace - únor až červen 2003 v průběhu hospitalizace na novorozeneckém JIP FN Motol provedena chirurgická resekce nekrotizujícího poporodního hematomu ušního boltce (únor 2003), kryokoagulace pro ROP III. stupně bilat. (duben 2003). V září 2003 pyelotomie 1 dx. s extrakcí konkrementu, březen 2004 zavedení PEG, duben 2005 extrakce PEG.

Děvče po příchodu z porodnice, tj. v 5 měsících navazuje oční kontakt, usmívá se, reaguje na zvukové podněty. Zvedá hlavičku a s dopomocí se otáčí ze zad na bříško, ne zpět v 6 měsících. 7. měsíc - farmakologicky následně operačně řešená nefrolitiasa - regres psychomotorického vývoje - ve 12 měsících dítě na vývojové úrovni novorozence. Plazení od 1,5 roku, zprvu se přitahuje rukama, následně ve 2,5 letech leze až do 5 let. Od 4 let chodí za dvě ruce či s oporou o kočárek. V současné době (prosinec 2011) chodí samostatně od něčeho k něčemu a postupně zrychluje - potřeba chytit se, jinak ujde kratší vzdálenosti za ruku.

Velký deficit pozorujeme také v oblasti rozvoje řeči a komunikačních dovedností. Dítě velice slabě křičí, ve 2 letech tichý pláč s postupným pokašláváním až zvracením v případě jakékoli potřeby. Broukání se u děvčete dle matky neobjevilo, žvatlání velice sporadicky, většinou pouze o samotě. Vzhledem k abnormálně citlivému vnímání zvuků z okolí (prokázáno EEG vyšetřením), dítě většinou ukončí veškerou aktivitu

v okamžiku silnějšího zvukového podnětu (např. zvukový signál sanitky). Po objasnění příčiny dospělou osobou opět pokračuje v započaté činnosti. Dle lékařských záznamů se ve 4 letech zvukově projevuje pouze onomatopoi, citoslovci a ojediněle gesty.

Ostatní hygienické návyky v průběhu dne možné datovat do doby 4,5 let s občasným pomočením a 6 let bez použití plen. V noci přibližně od 6,5 let.

Diagnóza

Vzhledem k těžké prematuritě dítě hospitalizováno první čtyři měsíce života na novorozeneckém JIP FN Motol. Propouštěcí lékařská zpráva poskytuje informace o komplexní intervenci. V tomto období dochází k podrobné diagnostice v oblasti neurologické, oftalmologické, kardiologické, pulmonální, chirurgické. Současně dochází k podpůrným vyšetřením: sonografie CNS (ultrazvukové vyšetření centrálního nervového systému) - atrofie CNS, EOAE (Evokované otoakustické emise umožňují odhad funkce zevních vláskových buněk, které mechanickým dotykem generují emise jako odpověď na přítomnost zvuku. Otoakustické emise nejsou výbavné, pokud je přítomna porucha sluchu nad 30 dB.) oboustranně výbavné, RTG - charakter bronchopulmonální dysplazie v kombinaci s plicním edémem laboratorní (krevní, biochemie, mikrobiologie). Dítě je propuštěno do domácího ošetřování stabilizované, matka zacvičena v péči i Vojtově metodice reflexní lokomoce. Dále doporučeno sledování v dalších odborných poradnách (neurologie, oftalmologie, ambulance pro rizikové novorozence, gastroenterologie) - podrobné sledování postupujícího vývoje i celkového prospívání.

V období mezi 1. - 4. rokem života dívka neprospívá, odmítá a netoleruje potravu. Lékaři nabízejí rodičům pomoc zavedením PEG (permanentní sonda), který by měl dané potíže zmírnit a zajistit hmotnostní nárůst. V delším časovém horizontu však nedochází ke zlepšení a PEG je po roce odstraněn. Další komplexní diagnostika zahrnuje intervenci neurologickou - MO diparetická forma (spastická mozková obrna), středně těžká mentální retardace s poruchou vývoje řeči, mikrocephalie, oftalmologickou - retinopatie nedonošených, strabismus, ortopedickou - skoliosa, antropologickou, nefrologickou či rehabilitační. V lednu 2007 prochází děvče psychiatrickým vyšetřením v Aple - dochází k potvrzení rysů autismu.

Mezi 4. - 8. rokem života dívky se ji matka pomalu snaží zařadit do předškolního zařízení. Vzhledem k nejasné etiologii postižení a současně dalším možnostem

vzdělávání děvčete vstupují do péče další odborníci. Klinický psycholog potvrzuje nerovnoměrný vývoj s převahou v oblasti verbálního porozumění. Na základě vyšetření doporučuje vřazení do speciální mateřské školy. Zároveň však podporuje následná genetická vyšetření, která po provedení vykazují normální nález. Vzhledem k těžkému deficitu v oblasti expresivní řeči je dívka vyšetřena na Foniatrické klinice VFN - vývoj řeči výrazně opožděn, exprese téměř žádná (neartikulované zvuky), onomotopoa negativní, motorika mluvidel cíleně s latencemi, obtížně zvládne elevaci i exkurze jazykem. Zde dochází k podpoře logopedické terapie i rehabilitace dysfagie. Stále probíhá péče v odborných ambulancích z předchozích let.

V současné době lze diagnózu dívky shrnout následovně: *MO spastická (diparetická forma), mikrocephalie, paleocerebellární syndrom, hypotrofie, hypotonie, opožděný a nerovnoměrný PMV, PMR - středně těžká s poruchou vývoje řeči (dysartrie), skoliosa, bruxismus, autistické rysy, strabismus.*

Sociální anamnéza dítěte

Tabulka č. 42: Průběh a vzdělávání dívky od 2/2007

Čas	Zařízení	Jaké	Komentář
2/2007 – 6/2009 4 – 6 ¼ roku	Mateřská škola speciální	Speciální	Odluku zvládala, do kolektivu se zapojovala minimálně, potíže se stravou, polykáním, udržování čistoty - nutnost pravidelného vysazování, hra - manipulační
9/2009 – 1/2011 6 ½ - 8 let	ZŠ speciální A	Speciální	Od 9/2009 nástup do přípravného ročníku. Vřazení proběhlo na základě spolupráce SMŠ a SPC. Ve speciální ZŠ dívka absolvovala 1. pololetí 1. ročníku.
2/2011 → 8 let	ZŠ speciální B	Speciální	Individuální integrace s asistentem. Od 2/2011 diagnostický pobyt s následným vřazením do 1. ročníku

Speciální mateřská škola

Dívka nastupuje do speciálního zařízení (shodné s chlapcem č. 2) na základě doporučení ošetřujícího neurologa i klinického psychologa v únoru 2007. Nejprve dochází na 1,5 hodiny týdně. Později od září 2007 docházka pravidelná. Dítě je

umístěno do třídy s dalšími cca 15 dětmi, o něž pečují čtyři pedagogičtí pracovníci, včetně asistenta pedagoga. Ve třídě jsou integrované děti v kombinaci různých postižení (dětí s autismem, s mentální retardací, s Downovým syndromem, s tělesným postižením). Děvče odluku od matky zvládá, ale současně dochází k projevům agresivního chování k blízkému okolí a zhoršení hygienických i stravovacích návyků. Pravidelnou docházkou jsou nežádoucí symptomy postupně potlačovány. V zařízení je poskytována podpůrná speciálně pedagogická péče (plavání, canisterapie, muzikoterapie). Dívka pracuje podle vytvořeného strukturovaného individuálního vzdělávacího plánu (IVP) v návaznosti na podporu komunikace. Po dobu zkrácené docházky do školky je rodičům doporučeno navštívit Speciálně pedagogické centrum pro alternativní a augmentativní komunikace (CAAK). Po zařazení k pravidelné docházce přebírá logopedickou terapii předškolní zařízení, jež používá kombinaci orální metody s podporou AAK (PCS symboly, Makaton, zjednodušený znakový jazyk, VOKS).

Základní škola speciální A

Dívka začíná navštěvovat přípravný ročník speciální základní školy (zařízení shodné s chlapcem č. 2) v září 2009 na základě předchozích vyšetření i osobních setkání pracovníků SPC v předškolním zařízení. Třidu tvoří 5 dětí, kterým zajišťuje odbornou péči speciální pedagog v kooperaci s vychovatelem a asistentem pedagoga. Vzhledem k odbornosti daného školního zařízení dochází k ukončení logopedické péče ve speciální mateřské školce a přechodu ke klinické logopedce při speciální škole, která úzce spolupracuje s pedagogy v oblasti podpory komunikačních dovedností. Poskytování podpůrné speciálně pedagogické péče je i v tomto zařízení samozřejmostí. Dítě navštěvuje canisterapii, muzikoterapii i plavání. Možnost videotréninku interakcí rodiče odmítají. Přípravný ročník dívku motivuje. Matka shledává větší pokroky v oblasti pozornosti. Dívka má ze své práce radost, avšak pokud není pozornost pedagoga věnována její osobě, nevhodně na sebe upozorňuje. V září 2010 nastupuje do 1. ročníku. Dochází ke změnám pedagogů, metod výuky i zvyšování náročnosti učiva. Rodiče začínají být nespokojeni s vedením výuky a hledají možnosti umístění dítěte v jiném školním zařízení. Žákyně ve 2. pololetí školního roku 2010/2011 po vzájemné dohodě i diagnostice přestupuje základní školu speciální B.

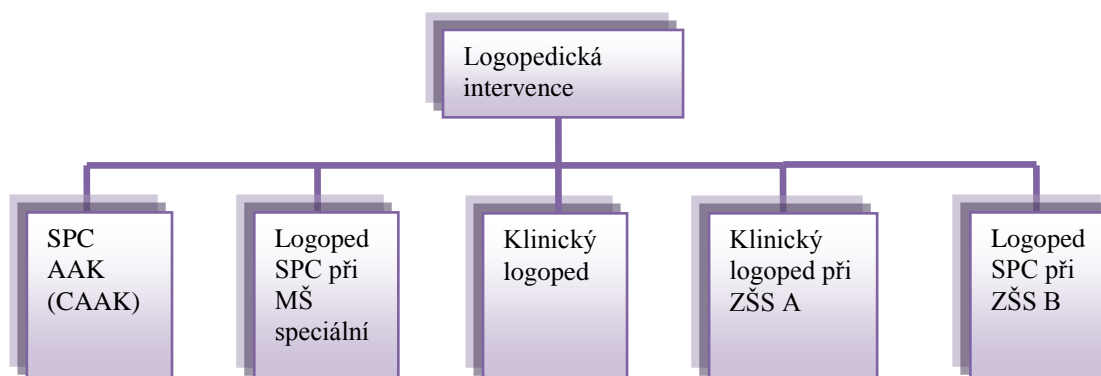
Základní škola speciální B

Základní škola speciální tvoří komplex se střední a mateřskou školou. Koncepce této školy spočívá v intervenci jedinců se sluchovým postižením, disponuje 10 třídami. Při školách pracuje speciálně pedagogické centrum.

Děvče v únoru 2011 nastupuje diagnostický pobyt v dané škole. Je zařazeno do třídy pro děti s vadami řeči. Třídu navštěvuje 5 žáků, kteří se vzdělávají za podpory speciálního pedagoga a asistenta pedagoga. Dívka se do kolektivu začlenila dobře, nároky výuky zvládá, orální metoda s využitím znaků jí vyhovuje. S přechodem je opětovně spojeno i přeřazení logopedické péče, jíž přejímá logoped při zdejší škole. Dítě nadále upřednostňuje neverbální formy komunikace. Expresivní produkce řeči zůstává minimální. Logoped se zaměřuje na kombinaci orální řeči a českého znakového jazyka (dvojruční abeceda).

9. 1 Logopedická intervence

Schéma č. 19: Logopedická intervence



Dané schéma prezentuje logopedickou intervenci o dítě od 3,11 let (1/2007) po současnost (12/2011). V roce 2007 na základě doporučení odborného lékaře - neurologa kontaktovala matka centrum alternativní a augmentativní komunikace (CAAK), kde o ni pečují i po zkrácenou docházku do MŠ speciální. Následná podpora již probíhá v dané školce, pokračuje na klinickém pracovišti, ambulanci při ZŠ A a pracovně SPC při ZŠ speciální B.

Tabulka č. 43: Logopedická diagnostika

Diagnóza	Kdy	Kým
MO, centrální anartrie (případně i afázie)	Březen 2007	klinický logoped, foniatr
Kombinované postižení, dysartrie až anartrie, MO, PMR, nespecifická pervazivní porucha (projevy autistických rysů)	Září 2007	klinický logoped, foniatr
Expresivní porucha řeči, MO, dysartrie až anartrie, PMR	Prosinec 2007	klinický logoped, foniatr

Logopedická diagnostika probíhá po zařazení dívky do intervence klinického zařízení, kde se postupně pouze upravovala. Od konce roku 2007 nedošlo ke změnám.

Tabulka č. 44: Průběh a prolínání logopedické intervence

Věk dívky	Frekvence sezení				
	SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)	Logoped SPC při MŠ speciální	Klinický logoped	Klinický logoped při ZŠ speciální A	Logoped při SPC ZŠ speciální B
0 – 3 roky					
3 – 6 ¼ let	3,11 - 4 ½ roku cca 1 x měsíčně 30 min	4 - 4 ½ roku - péči přejímá CAAK	4 - 5 let 1 x 14 dní, 30 - 45 min.		
		4 ½ - 6 ¼ let 1 x týdně 15 - 20 min	5 - 6 ¼ let 1 x 3 týdny, 30 - 45 min.		
6 ½ – 8 let			1 x 3 týdny, 30 - 45 min.	6 ½ - 7 let 1 - 2 x týdně (podle Žitné) cca 20 min.	
				7 - 8 let 1 x týdně cca 20 min.	
8 ➔ současnost (12/2011)			1 x měsíc, 30 - 45 min.		1 x týdně 20 min.

Daný přehled dokládá skutečnost, že o dívku po první tři roky života není logopedicky pečováno. Dle dostupného materiálu jsou primárními cíli terapie problémy

vycházející z těžké prematurity společně s neprospíváním či dalšími nezbytnými chirurgickými zákroky. Vzhledem k neutuchajícímu zájmu matky, podpory ergoterapeuta motolské nemocnice i ošetřujícího neurologa kontaktují rodiče centrum alternativní a augmentativní komunikace (CAAK). Následné zařazení do MŠ speciální pouze na 1,5 hodiny týdně podporuje CAAK setrvání v dosavadní péči. Po prodloužení doby pobytu v předškolním zařízení přebírá péči CAAK logoped SPC MŠ speciální. Zároveň dochází k zahájení terapie klinické.

Z informací poskytnutých matkou dívky návštěvnost CAAK cca 1 x měsíc není ze zdravotních problémů pravidelná. Během přibližné půl roční terapie dochází asi ke třem vzájemným kontaktům. Pokud se blíže podíváme na četnost sezení ve MŠ speciální - hodnotím jako nedostačující. Vzhledem k pravidelné docházce má být každodenní, i když nutno připomenout skutečnost skupinových logopedických aktivit vedených speciálními pedagogy ve třídách. Pokud si blíže prohlédneme tabulku č. 44, zjistíme, že veškerá logopedická intervence prolíná několika specialisty, ale bohužel není koordinována (obdobně tomu bylo u chlapce č. 1). Ve výsledku pracuje každý terapeut podle svého plánu bez ohledu na aktivity probíhající v jiném zařízení.

Tabulka č. 45: Hláskový inventář

Věk	Jemné motoricko-artikulační dovednosti
Preverbální období prodlouženo do 2 let	Dle rodičů nebroukala, výrazná úleková reakce na hlasitější zvuk. Upozorňuje na sebe slabým pláčem, z něhož často pokašlává, až zvrací
2 roky	První vokalizace, samohlásky a, e, souhlásky m, t, zdvojuje ma-ma, ta-ta. Přibližně měsíc po začátku zdvojování proběhne u dívky regres spojený s nefrologickou diagnózou
2 ¼ – 3 ¾ roku	Regres - ztráta vokalizace, pouze slabý smích
3 ¾ - 6 let	Onomatopoea - hú, ččč, afať, bū, koko, iaá samohlásky a, o, u, ú, souhlásky m, t, v, d, s, p, k, m, slabiky da, ma ta,va, ka, ko, ku, zdvojování slabik ma-ma, ta-ta, va-va, ga-ga, něně, tyty, výrazy máma, občasné slabikuje Hugo, stimulace napodobování hlásek n, f nestabilně
6 – 8 ¾ let	Onomatopoea - přidává prase, had, souhlásky samostatně b, p, m, t, samohlásky samostatně a, e, i, o, u, výrazy - jo, ne, máma, táta, má, mám, hú (bratr Hugo) vá (vánočka)

Hláskový inventář dívky zobrazuje její verbální dovednosti členěné dle postupně se rozvíjející obratnosti dané oblasti. Velmi pomalý a postupný rozvoj zpomalí nejen vývojový regres. Základní diagnóza dítěte neumožňuje jeho plný rozvoj i přes podporu matky i snahu samotné dívky, která pokud jí psychický stav dovolí, po komunikaci

velmi touží. Všechny zvukové projevy jsou doplněny gesty vycházející zpočátku ze systému Znaků do řeči. Současně sledujeme nejen rozšiřování, ale i vymizení některých dříve používaných hlásek či výrazů. Dle informací od matky děvče velmi rádo vydává zvuky při jízdě na dlažebních kostkách.

9. 1. 1 Logopedická intervence se zaměřením na komunikaci - SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK)

Speciálně pedagogické centrum zaměřené na možnosti alternativní a augmentativní komunikace začíná dívka společně s rodiči navštěvovat v době prvopočátků omezené docházky do MŠ speciální, tj. ve věku 3,11 - 4 ½ let. Vzhledem k omezeným verbálním dovednostem popisovaným v tabulce č. 45 - Hláskový inventář a úsilí několika dalších odborníků je matce speciálním pedagogem nabídnuto několik dalších možností komunikační podpory. Podrobněji uvádím níže.

Tabulka č. 46: Rok 2007 – věk 4 roky

Aktivity	Počítačové programy	Augmentativní komunikace formy	
		Gesta	Piktogramy
Nácvik poznávání a následné propojování piktogram x reálný předmět	Měďa 99		
Piktogramové písničky			
Piktogramové pohádky			
Výběr aktivit nejprve ze 2 piktogramů			
Nácvik gest			

Poměrně krátké období intervence o dítě se projevuje též na nabízených aktivitách. Pokud se podíváme zpětně, tak obdobně jako u chlapců jsou první schůzky čistě seznamovacího charakteru se slovní konzultací přání rodičů i možnostmi vyjádření vhodnými pro danou dívku. Odborným speciálním pedagogem byli rodiče požádáni o promyšlení nejvíce užívaných výrazů se současným poskytnutím fotografií oblíbených předmětů, míst, činností a rodiny.

V další fázi specialista připraví několik činností, jež postupně dívce předkládá. Nejprve musí dojít k propojení i upevnění kombinace reálný předmět x piktogram. Poté může speciální pedagog pracovat na výběru aktivit, zpívání a doplňování symbolů do dětských písniček, piktogramových písničkách, které pracují na podobném principu písni s doprovodem jednoduchých gest v každé úloze.

Nabídka směřuje též k počítačové podpoře. V daném období zavádí speciální pedagog program Méd'a 99, který obsahuje několik výběrových podkapitol (např. tvary, barvy, matematické představy ...).

Před posledním sezením po vzájemné dohodě logoped SPC doporučuje rodičům dítěte možnosti následující terapie. Ta směřuje do oblasti podpory komunikace kombinací PCS symbolů v podobě systému VOKS, orální řeči doplněné gesty. Současně nabízí možnost spolupráce při tvorbě nových pomůcek.

9. 1. 2 Logopedická intervence v MŠ speciální

Dívka nastupuje do mateřské školy v únoru 2007 pouze na částečnou dobu. Rodičům je doporučeno pokračovat v péči CAAK, které po určitý čas podporuje dítě v komunikačních dovednostech. V září 2007 po trvalém zařazení přebírá terapii logoped SPC při dané MŠ. Dívčiny motoricko - artikulační dovednosti v období 4 ½ let zahrnují především několik samohlásek a souhlásek s občasným složením do slabik či vyvozením onomatopoií. Terapeutický plán spočívá v kompletní podpoře motoriky, porozumění, nácviku nápodoby, rozvoji užívání gest či používání VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém).

Tabulka č. 47: Hrubá motorika

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Lezení se střídáním nohou, podpora při přemísťování ve vzpřímené poloze
5,5 – 6 ¼ roku (2008 - 2009)	Jednoduchá nápodoba velkých pohybů, podpora chůze

Oblast hrubé motoriky je rozvíjena především rehabilitačním pracovníkem působícím při MŠ. Logoped tedy procvičuje po cestě do pracovny, při nácviku prostorové orientace - plnění pokynů, nápodobu, rozumění.

Tabulka č. 48: Jemná motorika

Věk	Činnosti
4, 5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Navlékání korálků, manipulace s předměty, nácvik oblékání, rozevírání a zavírání dlaně, práce s prsty, sbírání předmětů ze stolu či země
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Používání menších předmětů, podpora ruky pro znaky, oblékání, úchop, šroubování, listování knihou, přehýbání papíru

Oblast jemné motoriky se rozvíjí s vzestupnou náročností, zaměřená na zvládnutí jednoduchých znaků. Dívka má zpočátku velké potíže. Nácvik používání znaků je

pro ni motoricky velice náročný proces s mnoha niancemi. V prvních fázích často rozumí jen maminka.

Tabulka č. 49: Grafomotorika

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Podpora úchopu, uvolňovací cviky, čmárání na velké plochy, prstové barvy
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Prstové barvy, jednoduchá grafomotorická cvičení - průprava na psaní (kroužení, různé druhy čar ...), tahy štětcem

Grafomotorická podpora postupuje s ohledem na rozvoj jemné motoriky. Dívka velmi ráda pracuje prostorově s prstovými barvami. Barvy jsou pomalu nahrazovány širokou tužkou či nátěrovým štětcem. Podstatnou složku nácviku tvoří úchop psacího náčiní, jehož není dítě stále schopno. Většinou používá celou dlaň. Samozřejmostí je koordinace ruka x oko, která prolíná současně několika oblastmi.

Tabulka č. 50: Oromotorika

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Dechová cvičení - podpora foukání do papírové kuličky, pírká, uvolňovací prvky
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Nápodobá, práce s jazykem, rty, kontrola podpora velofaryngeálního uzávěru, volba vhodné inhibiční polohy ve spolupráci s fyzioterapeutem

Dle informací matky dítěte se prioritou logopedické terapie stává složka neverbální komunikace zaměřená na podporu alternativní a augmentativní komunikace. Přesto však intervence zahrnuje masáže mluvidel, procvičování mimických svalů, podporu motorických činností či udržování očního kontaktu.

Tabulka č. 51: Zraková percepce

Věk	Činnosti
4,5 5,5 roku (2007 – 2008)	Podpora očního kontaktu, třídění předmětů do kategorií, práce s obrázky, podpora pozornosti pro nápodobu gest
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Diferenciace obrázků v souvislosti s využíváním VOKS, orientace v komunikační knize, podpora pozornosti a paměti pro komunikační užívání gest

Z daného jasně vyplývá skutečnost svědčící o zrakové diferenciaci pro možnost aktivního nácviku komunikace pomocí VOKS se současným využitím gest (nejprve podporován Makaton, postupně přechod k jednoduchému Znak do řeči). S vhodnou motivací se daří pomalu cíle péče plnit.

Tabulka č. 52: Sluchová percepce

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Rozpoznávání zvuků z okolního prostředí se zrakovou kontrolou i bez ní (zvířata, dopravní prostředky, hračky)
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Rytmizace, rozšiřování zvukové základny (hudební nástroje...), sluchová diferenciaci s vizuální podporou

Oblast sluchového vnímání zahajuje naslouchání, kdy dívka ukazuje směr vycházejícího zvuku. Postupně určí jí známé zvuky bez zrakové kontroly. Současně logoped využívá dívčinu zálibu v hudbě - rytmizují. V posledních fázích dochází již dle ochoty a momentálnímu stavu k občasné sluchové diferenciaci s vizuální podporou (tráva x kráva ...).

Tabulka č. 53: Hmatová percepce

Věk	Činnosti
4, 5 – 5, 5 roku (2007 – 2008)	Seznamování a rozpoznávání předmětů s různými povrchy
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Třídění objektů do jednotlivých kategorií podle hmatové percepce (měkké x tvrdé, hladké x drsné, teplé x studené...)

Prvotní seznamování děvčete s hmatovou percepcí prochází negací, kdy nabízené předměty nebere do ruky, ale hází s nimi. Teprve až po nabídnutí pro dívku atraktivního objektu se aktivity začínají pozvolna dařit. Zprvu tedy logoped věci pouze pasivně předkládá. Následně, i když s latencemi, dochází k realizaci rozlišení dle podstatného hmatového znaku.

Tabulka č. 54: Orientace prostorová, časová, pravolevá

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Orientace na obrázku, strukturované znázornění dne podle fotografií, třídění předmětů a jejich ukládání na různé strany, orientace po třídě následně po budově, vnímání tělesného schématu
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Orientace v komunikační knize, orientace po budově, úklid pomůcek a hraček na zadané místo s využitím jednoduchých předložkových tvarů, časové znázornění dopoledních aktivit pomocí piktogramů

Orientace samozřejmě začíná v prostoru. Dívka nejprve poznává prostředí třídy, jež je rozšiřováno o další prostory zařízení s aktivním porozuměním v následném úklidu pracovních pomůcek či hraček. Zároveň dochází k podpoře orientace na obrázcích,

kteřá předchází možnosti výběru v komunikační knize. Další stupeň tvoří orientace časová podporovaná strukturovaným vizuálním materiálem v podobě fotografií. Ty představují členění dne do základních úseků, tj. ráno x poledne x odpoledne x večer. Děvče ale potřebuje především časovou podporu v průběhu dopoledních činností. Formu jejich znázornění reprezentují piktogramy. Pravolevou orientaci představuje třídění předmětů do krabic na pravou či levou stranu.

Tabulka č. 55: Paměť a pozornost

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Podpora prodloužení pozornosti při čtení krátkých rytmických říkanek, prohlížení knih a časopisů, přiřazování reálného předmětu k piktogramu
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Co k čemu patří - logické obrázky, diferenciacie piktogramu, rozumění potřebné pro práci s piktogramy, rozumění a používání gest, dokončení zadané aktivity

Opětovně sledujeme rozvoj pozornosti i paměti směrem k rozumění, orientaci a umění použít metody alternativní komunikace. Náročnost plněných úkolů pravidelně stoupá. Současně ale musí být již fixované dovednosti kontrolovány, tak aby docházelo k jejich zautomatizování, tj. využívání v komunikačním procesu.

Tabulka č. 56: Pasivní slovní zásoba

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 roku (2007 – 2008)	Práce s obrázky, poslech čteného se současným ukazováním porozuměného, rozvoj pasivního slovníku na základě zkušenosti - známých, slyšených a používaných objektů
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	Rozumění, plnění zadaných instrukcí, komentování reálných situací, další rozšiřování pasivní slovní zásoby

Pasivní slovní zásoba je, jak již bylo popisováno u obou chlapců, i u dívky nepoměrně větší (cca 200 – 250 slov) nežli dovednost aktivně se vyjádřit (cca 4 – 5 výrazů). Logoped tedy nabízí dívce různé obrázkové knihy, v nichž dle slovních pokynů ukazuje. Dále využívá dramatizaci čtených celků. Pro dívku se ale stává oblíbenou činností komentování reálných situací, v němž s chutí užívá doprovodná gesta. Také další rozšiřování pasivní slovní zásoby v závislosti na zkušenostech podporuje rozumění a patří k pozitivně přijímanému konání.

Tabulka č. 57: Metody alternativní a augmentativní komunikace

Věk	Činnosti
4,5 – 5,5 let (2007 – 2008)	Přiřazování reálných předmětů k fotografiím, piktogramům, práce s PCS symboly, VOKS, Makatonem, zjednodušeným Znakem do řeči, piktogramové písničky
5,5 – 6 ¼ roku (2008 – 2009)	VOKS, Znak do řeči

Tabulka č. 57 nám předkládá volbu jednotlivých systémů alternativní a augmentativní komunikace, které jsou u dítěte uplatňovány. V prvních fázích dochází k nácviku porozumění jednotlivým fotografiím či PCS symbolům. Poté dochází k nácviku VOKS, kdy je postupováno dle sedmi postupných lekcí. Dívka však nepoužívá symboly samostatně. Za podpory logopeda si pomalu vytvořenou knihou toliko listuje. Současně s VOKS dochází k zavádění gest Makatonu. Ta jsou však pro dítě motoricky velmi náročné. Jak již bylo popisováno v oblasti zrakové percepce, často gestům rozumí pouze matka.

Postupně ale dochází k přechodu na systém Znak do řeči. Zde se daří používat jedno zástavné gesto i v jednoduchých větách. Daný jev se nezřídka uplatňuje v komentování rytmických říkanek či rozhorech na určité téma (např. víkend - co jsme dělali, kde jsme byli, ZOO - jaká zvířata jsme viděli, co jedí ...). Dítě jej tedy umí použít i v komunikačním kontextu. Z CAAK převzali i několik písniček složených z piktogramů, které současně s podáním symbolu tvoří jednotu obrázku x gesta x slova.

Přibližně po pěti měsících zařazení do MŠ speciální vytváří logoped za podpory třídních speciálních pedagogů první komunikační knihu. Členění jednotlivých slovních druhů neodpovídá barevnému rozlišení dle metodiky VOKS - PhDr. Knapcové, avšak je standardizované pro dané zařízení. V přílohách č. 18, 19, 20 naleznete několik stran komunikačního prostředku.

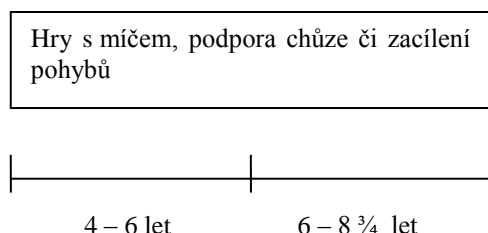
Pokud shrneme výše uvedené skutečnosti, docházíme k závěru, že dívka pro komunikaci aktivně zvolila systém Znak do řeči, jímž pozvolna projevuje své potřeby i přání. Matka úzce spolupracuje s logopedem. Naučila se používat všechna gesta fungující metody a uplatňuje je při dorozumívání v domácím prostředí.

9. 1. 3 Logopedická intervence klinického logopeda

Logopedická intervence klinického logopeda spadá do období od 4 let po současnost (12/2011). Od počátku prováděna jednou terapeutkou. Vzhledem

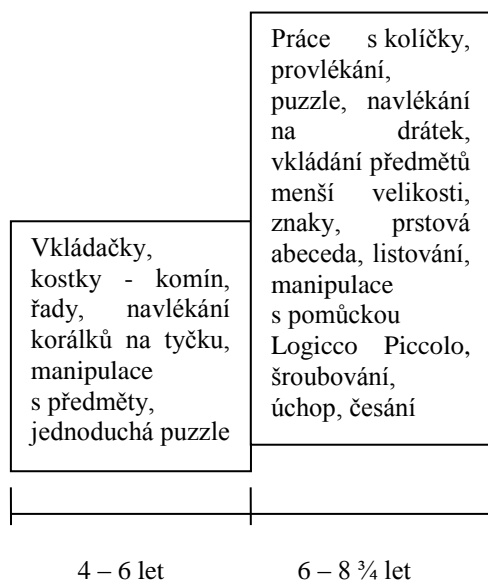
ke skutečnosti prvotních fází používání jednoduchých gest se současným zaváděním piktogramů je po dohodě s matkou využívána kombinovaná metoda, tj. gesto, orální metoda. Postupem času dívka užívá komunikaci totální složenou z prvků znakového jazyka, globální čtení, orální metoda. V průběhu jednotlivých sezení jsou rozvíjeny všechny vývojové oblasti, jež popisují následně.

Schéma č. 20 Hrubá motorika



Hrubá motorika výrazně podporována cvičením podle Vojtovy metodiky reflexní lokomoce probíhající od 3 měsíců do 5 let. Současně dívka společně s matkou od 3 let pravidelně dochází na hipoterapii (zprvu 3 x týdně, nyní 1 - 2 x týdně). Logoped proto podporuje především chůzi s dopomocí za obě, postupně jednu ruku. V současné době (12/2011) již chodí velmi krátké vzdálenosti (od něčeho k něčemu). Vzhledem k základní diagnóze podporuje i přesnější zacílení pohybů.

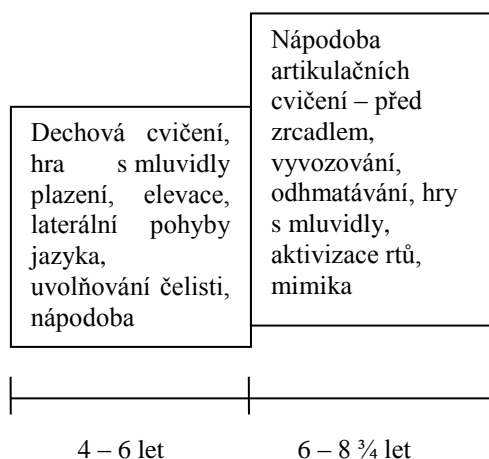
Schéma č. 21: Jemná motorika



Oblast jemné motoriky rozvíjí logoped chronologicky. Nejprve dívka pracuje s velkými předměty postupně zmenšovanými. Do této kategorie lze zahrnout i percepci

hmatovou, při níž společně obtiskují ruku do písku či grafomotoriku - dítě čmárá, posléze zvládne jednoduché vedení čar. Současně dochází k navyšování kladených nároků v úkolech s prostupností kontroly již nabytých dovedností. Postup v časové ose znázorňuje dané schéma.

Schéma č. 22: Oromotorika



Terapie vedená v oblasti oromotorické patří k pravidelně procvičovanému okruhu. Vzhledem k základní diagnóze dívka prokazuje potíže v dechové oblasti - zprvu důraz kladen na postupné prodlužování výdechového proudu. Uvolňování čelistí i procvičování jazyka jsou prováděny s latencemi a velmi neobratně. Dívka plazí jazyk, částečně zvládá laterální pohyby, elevace se nedaří. Pomalu však dochází k mírnému zlepšování. Elevace jazyka ovládnuta, laterální pohyby stále nepřesné, olizování celých rtů částečné, tváře nafoukne minimálně. Obličejová mimika procvičována ve smyslu střídání úsměvu x špulení. Obě aktivity zatím pouze samostatně - ojedinělý náznak propojení. Děvče ale velmi pozitivně reaguje na nápodobu. Nácvik správného artikulačního postavení realizováno nápodobou před zrcadlem i mimo něj s hmatovou kontrolou na nosu i krku.

Schéma č. 23: Zraková percepce

Navazování očního kontaktu, práce s obrázky, třídění předmětů do jednotlivých kategorií (zvířata, oblečení...), podstatný znak (malý x velký), puzzle ze 2 - 3 částí, ½ obrázky, magnetické knížky, stejné obrázky, hra „Zajíc v pytli“	Obrázkové hádanky, orientace na obrázku - předložkové vazby, nácvik globálního čtení, logické obrázky (co k sobě patří), dějová posloupnost, složitější puzzle Třídění předmětů podle barvy, tvaru, velikosti
---	---

4 – 6 let

6 – 8 ¾ let

Zraková percepce začíná navázáním kontaktu osobního i očního. Následují aktivity spojené s tříděním obrázků či předmětů do jednotlivých kategorií, jejich diferenciací (výběr obrázků stejných nebo odlišných), podporou figury a pozadí v podobě vyhledávání příslušných obrázků v magnetických knížkách (známý předmět na obrázku). Skládáním puzzlů z několika částí dochází k rozvoji zrakové analýzy a syntézy, podobně jako při nácviku používání globálního čtení. V letech (2007 – 2008) logoped doporučí matce několik pomůcek, jež rodiče zakupují. Jednu z nich lze využít ve stimulaci zrakové, sluchové či rozvoji pasivní slovní zásoby. Hra „Zajíc v pytli“ (příloha č. 21) je realizována na základě výběru a přiřazení dle pokynu. Kompletní rozvoj zrakové percepce těsně souvisí s dalšími oblastmi popisovanými v předkládaných grafických znázorněních.

Schéma č. 24: Sluchová percepce

Třídění podle zvuku, nácvik přiřazování první hlásky k obrázku	Přiřazování první hlásky ke slovu, identifikace první hlásky ve slově, výběr písmene podle názvu, vyhledávání grafému
	Rytmizace, PC - program „Naslouchej a hrej si“
<div> <div></div> <div></div> </div>	
4 – 6 let	6 – 8 ¾ let

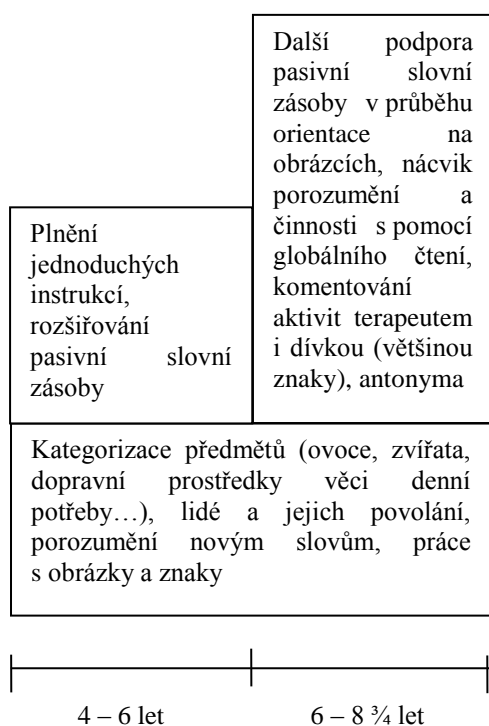
Sluchová percepce počíná rytmizací známých říkadel, jež prolíná celou dosavadní péčí. Následuje třídění a vyhledávání předmětů podle zvuků. Tyto zvuky většinou patří zvířatům, dopravním prostředkům či objektům denní potřeby. Veškeré činnosti jsou nejprve prováděny se zrakovou kontrolou, kterou terapeut pomalu minimalizuje. Jak můžeme sledovat, náročnost úloh roste souběžně s dovednostmi dítěte. Sluchovou syntézu a analýzu reprezentuje identifikace první hlásky ve slově. Prvopočátky realizovány samohláskami, dále rozšířeno o několik souhlásek. V případě nutnosti motivace dívka velmi pěkně přijímá počítačový program. Nejednou si ho aktivně na logopedovi vyžádá.

Schéma č. 25: Prostorová, časová, pravolevá orientace

Orientace v pracovním i tělesném schématu (kde je, kde máš, podej mi...), orientace na obrázku	Užívání předložkových vazeb - nahoře x dole, nad x pod, dějové obrázky - linie ze 3 - 4 dílů, výběr a umístění předmětů na pokyn - strany
	Časová orientace dle obrázků s verbálním vyjádřením za podpory znaku
<div> <div></div> <div></div> </div>	
4 – 6 let	6 – 8 ¾ let

Orientace v prostoru za pomoci chůze je pro dívku na dlouhou dobu uzavřená, avšak ve fázi lezení (rok 2006) dochází k akceleraci v objevování prostoru. Dívka pomalu samostatně dokáže ukázat či podat nějakou věc. Ze země postupně přechází k výše uloženým předmětům. Logoped procvičuje orientaci v místnosti. Na pokyn má děvče určit místo uložení, podat objekt či část těla (většinou ruku). Pokud mohou upozornit, ráda připomenu sociální komunikaci - pozdrav. Pokyny jsou plněny s latencemi, ale dochází ke zlepšování. Časovou orientaci stále zajišťuje obrázkový materiál, verbální projev a znak. V terapii nechybí nácvik užívání předložkových tvarů, skládání dějových linií, párování pravých a levých věcí (např. ponožky, rukavice...)

Schéma č. 26: Pasivní slovní zásoba



Pasivní slovník dítěte tvoří poměrně obsáhlou oblast. V prvních letech dochází k nácviku porozumění tak, aby bylo možné dále rozšiřovat a rozvíjet činnosti s obrázky, podporované gestem. Rozumění současně rozvíjí plnění jednoduchých instrukcí - při zadávání se střídá logoped x matka. S pomocí globálního čtení skládá slova z hlásek a slabik. Následně jsou všechny aktivity komentovány (většinou gestem). Schéma č. 26 znázorňuje jejich postupný růst.

Schéma č. 27: Motoricko – artikulační dovednosti

Zdvojování hlásek a slabik, prvotní snaha o proslovení a slabikování jmen rodinných příslušníků, počátky znakování	Samostatné proslovení hlásek b, p, m, t, samohlásek, výrazy maximálně dvouslabičné, komunikační využívání znaků, prstová abeceda, globální čtení
Onomatopoea, nápodoba, zraková i hmatová kontrola na krku a nosu	
4 – 6 let	6 – 8 ¾ let

Dívčina aktivní slovní zásoba se rozvíjí velice pomalu. Logoped zaměřuje terapii na podporu nápodoby s využitím zrcadla, obrazového materiálu, zrakové i sluchové kontroly. Dítě projevuje snahu o proslovení prvních hlásek s následným nácvikem slabikování jmen rodinných příslušníků. Jak uvádím výše, daří se jí použít maximálně dvouslabičné výrazy. Intervencí prolíná používání znaku, které tvoří v současné době (12/2011) aktivní komunikaci. Alternativní a augmentativní prostředky komunikace tudíž patří k nezbytným doplňkům dívčina sezení.

9. 1. 4 Logopedická intervence klinického logopeda při ZŠ speciální A

Ve věku 6, 7 let dívka nastupuje do přípravného ročníku ZŠ speciální s postupem do 1. ročníku, v jehož průběhu (konec 1. pololetí) přechází do rodiči nově zvoleného zařízení. Z tabulky č. 44 - Průběh a prolínání logopedické intervence - vyplývá četnost sezení, jíž ovlivňuje nejen věk, ale i návštěvnost klinického logopeda.

Individuální logopedická péče probíhá během vyučování, kdy si dívku do pracovny odvádí logoped cca na 20 minut. Daný časový úsek využívá k rozvoji komunikačních schopností, tak aby bylo možné vyjádřit sociální potřeby včetně návaznosti na podporu alternativních a augmentativních metod využívaných ve výuce. Vzhledem k pouhému pasivnímu prohlížení komunikační knihy přechází barevné PCS symboly do pozice, kdy jsou využívány především ve strukturalizaci denních činností či rozvrhu hodin. Nově dochází k zařazení černobílých obrázků komplexu globálního čtení (podle celků)

v kombinaci se Znakem do řeči. V počátcích jsou propojovány obrázky x gesta x slova. Později se přidávají symboly globálního čtení. Dívka si z jednotlivých sezení odnáší různé vzkazy, jež doma s maminkou analyzuje. Poselství se týkají probíhajících aktivit individuální péče nebo zážitků z rodinných výletů či oslav. Současně se daří stále rozšiřovat základnu aktivně používaných znaků, což signalizuje dobré porozumění a zároveň dítěti umožňuje komunikovat v prostředí osob disponujících znalostí daného systému. Pro příklad lze uvést dva příklady. První z nich nabízí kombinaci PCS symbolů a gest, kdy dívka po předložení komunikační knihy vybere oblíbené jídlo a použije odpovídající znak. Ve druhém případě dochází k seskupení symbolu globálního čtení a znaku. V jednoduché větě děvče použije 2 gest doplněných globálním obrázkem. Nadále probíhá procvičování dechu, fonace i artikulačního postavení mluvidel.

Rozvoj grafomotoriky zpočátku ve fázi dokreslování, kdy logoped předkreslí např. lidský obličej a dítě doplní oči (pouze čmáráním, později obtažením). Sluchová i zrková analýza x syntéza je reprezentována rozpoznáváním první hlásky ve slově. K tomuto účelu se osvědčilo prokládání úkolů počítačovým programem „Méd’a čte“. Vzhledem k motoricky obtížnému ovládání myši, probíhá činnost pomocí větší klávesnice od firmy Petit. Dívka pracuje s tlačítkem enter, šipkami, dotykovou obrazovkou. Další seznamování s tiskacími písmeny abecedy poskytuje nové možnosti úloh, kdy děvče skládá a rozkládá slova podle vzoru. Nezbytnou složku terapie tvoří posilování pozornosti. Pro danou oblast logoped využívá dívčinu zálibu ve skládání puzzlí a stavebnice Duplo (větší velikosti). Díky pozitivnímu přístupu (od září 2010) podpořeného akceptováním motivačních prostředků (sladkosti, poslech písniček) se daří uskutečňovat převahu zadání bez větších potíží.

Ukončením docházky a přeřazením dítěte do jiného zařízení je ukončena i logopedická intervence. Dle informací od matky v tomto období (8 let) dívka aktivně užívá 150 - 200 znaků.

9. 1. 5 Logopedická intervence logopeda při SPC ZŠ speciální B

Logopedická intervence probíhá 1x týdně přibližně 20 minut. Pro dívku si do třídy logoped dochází. Společně odcházejí do pracovny. Zde si nejprve prohlédnou připravené činnosti. Jejich komentování probíhá formou orální komunikace s podporou Českého znakového jazyka. Dívka s ohledem na určitá motorická omezení ovládá znaky

stále srozumitelněji. Jejich objem narůstá společně s výukou čtení. Sezení bývá většinou rozděleno do několika částí, v nichž dochází k procvičování různých oblastí. Úspěšnost nácviku vždy záleží na momentálním psychickém rozpoložení dítěte. Logoped terapeutické plány pravidelně konzultuje s třídním speciálním pedagogem i rodiči děvčete. Každá lekce končí zápisem či vlepením prioritní aktivity do sešitu, který si dívka odnáší domů. Tak je zajištěna spolupráce s rodinou, jež o víkendech podporuje stimulaci.

Vzhledem k základní diagnóze a stále ještě nestabilní chůzi o široké bázi tvoří podpora všech úrovní motoriky nepostradatelnou součást aktivit. Dívčino pracovní tempo je velmi pomalé, nicméně úsilí velké. Logoped v průběhu aktivit zaměřených na jemnou motoriku trpělivě vyčkává - do úlohy nezasahuje. Výkon komentuje po ukončení. Motorika mluvidel je podporována stimulací krátkého spíše vyraženého dechu, jeho směřováním i délkou. Artikulační cvičení stimulují práci s jazykem a rty (příloha č. 22, 23), mimické svalstvo obličeje, uvolňování čelisti, nastavení mluvidel do výchozí pozice (příloha č. 24) a vlastní provedení. V této fázi napomáhá odhmatávání, prstová abeceda či nápodoba před zrcadlem. Logoped nepoužívá žádné pomůcky typu špachtle. Fonační fáze procvičuje měkké hlasové začátky.

Nácvik globálního čtení probíhá několika způsoby. Skládáním obrázku nastříhaného na několik dílů s písmeny umístěnými ve spodní části. Po složení dívka přikládá celé slovo (příloha č. 25). Tiskem jednotlivých písmen vybíraných podle sluchového vjemu (příloha č. 26).

Gravou formou dochází k nácviku zrakové paměti. V košíku jsou uložena zvířátka. Po jejich pojmenování střídavě vybírá logoped i dívka. Každý má říci, které zvířátko chybí. Zraková, sluchová percepce, orientace v prostoru i čase je procvičována s oporou různého obrazového materiálu. Obdobu tvoří slabikové domino (příloha č. 27).

Objem pasivní slovní zásoby narůstá, jak již bylo řečeno v první části textu výukou čtení. Nemalý podíl však patří komunikačnímu deníku, který společně s rodiči vytváří i třídní speciální pedagog. Při společném ukazování i vyprávění zážitků dochází nejen k rozšiřování pasivní slovní zásoby, ale i aktivního vyjádření podpořeného gesty Českého znakového jazyka (příloha č. 28).

10 Diskuse

Podrobným šetřením logopedické intervence v zaměření na systémy alternativní a augmentativní komunikace (AAK) jedinců s kombinovaným postižením byl popisován jejich vliv na rozvoj komunikační schopnosti tří dětí různého věku. Provedenou analýzou terapií probíhajících v určitých časových osách dochází k porovnání metod i postupů volených různými odborníky oblasti péče o komunikační schopnosti a dovednosti.

Z dostupných materiálů popisovaných v kapitolách diagnostiky a poskytované intervence lze dohledat postupující diagnostiku s navazující především logopedickou terapií. Sledujeme spolupráci rodičů s mnoha odborníky, kteří ne vždy byli vstřícní k dětem se speciálními potřebami v kontextu rodiny i sociální orientace v rámci majoritní společnosti. Rodiče, resp. matky, často přebírají aktivitu a hledají nové možnosti podpory. Nástupem dětí do předškolních či speciálních zařízení dochází k iniciování speciálně - pedagogické péče spočívající v podporách motorických, smyslových, kognitivních i řečových schopností, včetně rozšiřujících stimulací - hipoterapie, canisterapie, muzikoterapie, plavání či videotréninku interakcí (VTI).

Tabulka č. 58: Výsledky výzkumného šetření

Výzkumný vzorek	Chlapec č. 1	Chlapec č. 2	Dívka č. 3
Logopedická stimulace	Klinický logoped	Logoped SPC SMŠ	Logoped CAAK
	Logoped IC	Logoped CAAK	Logoped SPC SMŠ
	Logoped SPC	Logoped DC	Klinický logoped
	Logoped CAAK	Klinický logoped - ZŠS	Klinický logoped – ZŠS A Logoped ZŠS B
Věk	4 roky →	3 ¾ - 4 ½ let	3,11 – 4 ½ let
	4 – 6 let	4 ¾ - 8 ¾ let	4 ½ - 6 ¼ let
	7 – 17 ¾ let	4 ¾ - 8 ½ let	4 roky →
	9 – 14 let	8 ¾ let →	6 ½ - 8 let 8 let →
Četnost sezení	1 x 14 dní až 2 měsíce	1 x 2 – 3 týdny	1 x měsíc
	Nezjištěno	1 x měsíc	1 x týdně
	2 x týden → 1x týden	3 x týden → 1 x týden	1 x 14 dní až měsíc
	1 x 6 týdnů	2 x týden	1 -2 x týden 1 x týden
Délka sezení	30 – 45 min	15 min - matka	30 min
	Nezjištěno	30 min	15 – 20 min
	15 – 20 min	15 – 20 min	30 – 45 min
	45 min	20 min	20 min 20 min
Metody AAK -	Různorodý obrazový	Trojrozměrné	Trojrozměrné předměty,

netechnické	materiál	předměty?, fotografie	PCS symboly
	Trojrozměrné předměty, fotografie, piktogramy - PIC	Trojrozměrné symboly, fotografie, PCS symboly, VOKS (písničky), Znak do řeči	Fotografie, Makaton později Znak do řeči, PCS symbol, VOKS
	Obrázky podporující globální čtení, fotografie, gesta Znak do řeči	Trojrozměrné předměty, fotografie, PCS symboly	Globální čtení
	Trojrozměrné předměty, fotografie, PCS symboly, gesta Makaton, obrázky podporující globální čtení	Trojrozměrné symboly, fotografie, PCS symboly, Znak do řeči	Český znakový jazyk
Metody AAK - technické	-----	-----	Počítačové programy
	-----	Dotekový monitor, počítačové programy, alternativní myš, spínače	-----
	Počítačové programy	-----	Počítačové programy
	Dotykový monitor, počítačové programy, Big Mac, alternativní myš, spínače	Počítačové programy	Počítačové programy
Akceptace komunikačního systému	Obrazovému materiálu rozumí – na požádání podá	Nezjištěno	Trojrozměrné předměty, PCS symboly – počátky, spíše ano
	Piktogramy PIC složité	Trojrozměrné předměty, fotografie – ano, PCS symboly, Znak do řeči – spíše ano (použije několik symbolů i gest) VOKS – ne, výběrově u písniček	Fotografie, Znak do řeči – spíše ano, Makaton - složité, PCS symbol, VOKS – prohlíží, na pokyn ukáže
	Globální čtení – používá ve výuce, fotografie – pasivně, Znak do řeči – spíše ne (pouze jedno gesto)	Úzká spolupráce s CAAK – obdobné výsledky	Globální čtení – podporováno ze školy
	Občasné užití gesta či PCS, komunikační tabulky pasivně	Trojrozměrné symboly, fotografie, PCS symboly pasivně ano, Znak do řeči – občasné užití, v komunikačních knihách - pasivně	PCS symboly – nabízený výběr ano, jinak ne, globální čtení, Znak do řeči - ano Český znakový jazyk - ano
Vhodnost volby komunikačního systému	Piktogramy – PIC, gesta Makaton – ne (složité, abstraktní), PCS symboly, Znak do řeči, trojrozměrné symboly, fotografie – spíše ano (nutno však přihlédnout k otázce porozumění a motorické obtížnosti)	Trojrozměrné symboly, fotografie, PCS symboly, Znak do řeči – spíše ano (nutno vzít v úvahu porozumění, motivaci ke komunikaci, chování, pozornost i motorické dovednosti)	Trojrozměrné předměty, PCS symboly – v mladším věku spíše ano, Znak do řeči – ano, Český znakový jazyk – úspěšné počátky, globální čtení – používá, ano, Makaton - ne

Využití systému AAK komunikačně	Ne	Ne	Ano
Kooperace mezi odborníky	Ne	Logoped DC a CAAK – úzká spolupráce. Ostatní ne	Ne

Tabulka předkládá několik oblastí logopedické intervence. Z hlediska frekvence dané stimulace v zařízeních s každodenní logopedickou intervencí nedochází k jejímu poskytování v nezbytném množství (5 x týdně). *Chlapec č. 1* integrační centrum, *chlapec č. 2* DC, ZŠS, *dívka č. 3* SMŠ, ZŠS A. Průběžná stimulace odborníků dvou resortů poukazuje na souběžnou často se překrývající péči či skutečnost minimální koordinace postupů. K tomuto tvrzení docházíme na základě analýzy mnohdy neúplných, nepřesných i chybějících záznamů školských dokumentací. *Chlapec č. 1* klinický logoped x logoped SPC x logoped IC (zdravotnictví x školství), *dívka č. 3* klinický logoped x logoped SMŠ x klinický logoped při ZŠS A (zdravotnictví x školství) - v tomto případě probíhá též duplicitní péče, na níž jsou rodiče upozorněni Foniatričkou klinikou. Matka několikrát situaci řeší platbou v hotovosti. Posléze je četnost sezení upravena. Výjimku tvoří *chlapec č. 2*, kdy specialisté úzce spolupracují (DC x CAAK) - podloženo písemnými podklady předloženými matkou. Věkové hranice zahájení logopedické intervence u daných jedinců (cca 4 roky) poskytující tabulky č. 3, 24, 44 pokládáme v dlouhodobém komplexním terapeutickém plánu za opožděné. Vzhledem k postupnému rozvoji středisek rané péče a možností vycházejících z jejich kompetencí lze hodnotit absentující podporu rodiny i dítěte za pochybení zejména u chlapce č. 2 a dívky č. 3 - částečně ergoterapeutická subvence. Bohužel rodiče chlapce č. 1 byli díky absenci dané eventuality omezeni jen na výstupy zdravotnické nikoli časnou podporu speciálně pedagogickou.

Metody alternativní a augmentativní komunikace byly uplatňovány v terapiích všech dětí. Z tabulky vidíme jejich postupné volby, které vycházejí z nejlépe přijímaných technik, tj. od reálných předmětů přes fotografie k různorodému obrazovému materiálu (piktogramy PIC, PCS symboly...). Vše doplňují gesta a samozřejmě verbální produkce. Pokud budeme hodnotit volbu systémů, musíme připomenout skutečnosti nezbytně nutné k akceptaci i konečnému využití v komunikačním záměru, tzn. pozornost, míra unavitelnosti, porozumění, motivace ke komunikaci, kognitivní, motorické schopnosti a další. Tyto předpoklady nebyly průběžně efektivně vyhodnocovány. Pokud dítě metodu odmítalo či neakceptovalo,

nedošlo již k nabídce jiného pro jednotlivce zajímavého systému. V důsledku jsou techniky u chlapců používány pouze aktivní nabídkou dospělou osobou. Nedochozí k jejich uplatňování v reálných situacích. Zde považujeme za podstatné upozornit na aktivitu pedagoga chlapce č. 1, jenž do výuky iniciativně zařazuje technickou pomůcku Go Talk 9+ (hlasový výstup), na nějž chlapec pozitivně reaguje. Logoped však případnou efektivitu dané pomůcky hodnotí negativně a do terapeutického plánu ji nezařadí. Akceptace s cílem podpory komunikačních schopností se částečně zdařila jen u dívky, jež je schopna vyjádřit některé své potřeby a přání.

Zhodnocením vývoje systémů alternativní a augmentativní komunikace tří respondentů výzkumného projektu v časové následnosti docházíme k poznatku zahrnutí některých novějších metod AAK např. Výměnného obrázkového systému - VOKS u chlapce č. 2 a dívky č. 3 do oblasti logopedické intervence. Jednotlivé techniky jsou však nabízeny obecně. Záleží jen na zkušenosti a kreativitě terapeuta, kterak jednotlivé způsoby obohatí a vytvoří tak pro klienta zajímavější verzi. K posunu dochází především v oblasti technických metod AAK. Tento posun je charakterizován zlepšením přístupu k software vybavení. Existují zkušební verze (30 dní aktivní) či demoverze, jež je možné instalovat do počítače a vyzkoušet. Obdobnou situaci shledáváme v hardware vybavení. Zde se jedná především o cenové zpřístupnění, tj. širokou škálu s různou cenovou kalkulací i excelující vývoj zahrnující nové možnosti či velikostní uspořádání. Současně pomalu dochází ke zlepšení realizace zakoupení daných produktů do školských zařízení (cenově přístupnější).

Závěr

Výsledky výzkumného projektu shrneme z hlediska uceleného pohledu na logopedickou intervenci se zaměřením na efektivitu podpory systémů alternativní a augmentativní komunikace u jedinců se speciálními potřebami (kombinované postižení).

Teoretická východiska vycházející z odborné literatury kombinovaného postižení, nejsou v našich podmínkách dostatečně prezentovány z hlediska celistvosti i aktuálnosti, což prokazuje její limitované zastoupení. Většinou jsou předkládány z pohledu symptomatických vad, jakožto jednotlivých narušených komunikačních schopností, kdy bývají dostatečně popisovány symptomy a diagnostika. Méně již řečová a komunikační složka terapeutické intervence.

Výzkumná šetření prováděná předloženými exploračními metodami jsou zaměřena na jednu oblast komplexní intervence, tj. logopedickou intervenci tří jedinců se speciálními potřebami rozdílného věku. V souvislosti s rozličně dlouhými sledovanými úseky a množstvím zařízení, v nichž intervence probíhá, dochází ke komplikovanému někdy neúspěšnému dohledávání dané dokumentace.

Terapeutické postupy volené jednotlivými logopedy jsou řazeny dle oblastí rozvoje chronologicky, tak aby byla zajištěna možnost orientace v jednotlivých vývojových etapách. Postupně jsou hodnoceny všechny oblasti speciálně - pedagogické intervence.

Pokud vychází hodnocení z různých časových období, musíme brát v úvahu i prostředí (dobu), v níž jedinci vyrůstají. Postupem času jsou do oblasti komplexní intervence zahrnuty další složky speciálně - pedagogické podpory, které se v dané době teprve rozvíjely - včasná (raná) intervence, jejímž úkolem je pomoci rodičům v rozpracování metodiky (volby pomůcek, postupů...) rozvoje jedince se speciálními potřebami. Na tomto místě považujeme za podstatné upozornit na skutečnost absence rané intervence u chlapce č. 2 a pouze částečnou subvenci u dívky č. 3 (oblast ergoterapie a příjmu potravy Centrum rané péče FN Motol).

Další těžkosti spatřujeme v nekoordinovanosti a nesystematičnosti logopedické intervence, při níž dochází k překrývání kompetencí i rozsahu péče nejen logopedů mezíresortní složky, ale i odborných pracovníků speciálně - pedagogické podpory. Současné zahájení logopedické intervence u všech tří sledovaných respondentů v cca 4 letech je ve spojitosti s aktivní činností středisek rané péče velmi opožděné. V této

souvislosti nutno uvést, že k danému opoždění dochází i přes skutečnost včasné diagnostiky z pohledu komplexní terapie.

Logopedická intervence, v jejímž průběhu dochází k volbě terapeutických postupů, je u chlapce č. 1 většinou směřována do oblasti řeči bez aktivizace ostatních složek, tj. primárních funkcí a komunikace. Podpora komunikace vychází pouze z intervence SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci (CAAK). Logopedická intervence od 17 ¾ let probíhá pouze na klinickém pracovišti a v terapii již nedochází k modifikacím. U ostatních respondentů jsou v terapeutických přístupech dané složky zahrnovány již více. Chlapec č. 2 - Orofaciální stimulační terapie Castilo Morales, aplikována klinickým logopedem SPC ZŠS, podpora komunikačních systémů. Dívka č. 3 - Orofaciální stimulační terapie Castillo Morales - terapie dysfagie, speciální pedagog logoped SMŠ, podpora komunikačních systémů, které slouží aktivnímu komunikačnímu záměru - Znak do řeči, počátky Českého znakového jazyka.

Logopedická intervence zahrnuje podporu systémů alternativní a augmentativní komunikace u všech zúčastněných respondentů, avšak podle našeho názoru nedochází k průběžnému vyhodnocování základních kritérií vážících se k efektivnímu využívání daných systémů i jejich volby, tudíž se systémy stávají pro uživatele nesrozumitelnými. Jednotlivé systémy jsou nabízeny respondentům od nejjednodušších po složitější v přiměřeném měřítku i kombinacích, avšak často bez rozumění obsahové složky (obrázku, piktogramu, znaku...). Současně nedochází k jejich užívání v běžných životních situacích, ale jsou respondentům nabízeny formou neaktivního výběru. Všechny systémy alternativní a augmentativní komunikace nabízí logoped obecně, často nejsou pro uživatele zajímavé. Pokud respondent odmítá několik systémů, mnohdy ochabuje aktivita okolí a další systémy již nenabízí. Tudíž považujeme za podstatné napomáhat v průběhu logopedické intervence kreativními přístupy k přitažlivosti jednotlivých technik alternativní a augmentativní komunikace, jež podpoří pozitivní motivaci ke komunikaci.

Z výsledků výzkumného šetření provedeného v této práci lze vyvodit následující doporučení pro odbornou praxi.

Doporučení pro odbornou praxi:

- Podpora komplexní diagnostiky, péče a terapie odborníků rezortu zdravotnictví, školství i sociálních věcí - vzájemná subvence a spolupráce nutná pro zahájení i zdárný průběh intervence.

- Informovat rodiče o možnostech a službách středisek rané péče.
- V péči o dítě využívat všechny prostředky speciálně pedagogické podpory, pečlivě volit systémy celkového rozvoje osobnosti.
- Doporučení k logopedické intervenci navrhuje a zprostředkovává speciální pedagog středisek rané péče či odborný lékař neprodleně.
- Rozšířit metody stimulace preverbálních a verbálních schopností, zaměřit se na zácvik rodičů. Podporovat primární funkce, řeč i komunikaci, tzn. všechny složky zahrnující logopedickou intervenci.
- Využívat systémy AAK, jejich volbu aplikovat vzhledem k možnostem uživatele i samotného systému či přístroje. Při výběru se řídit též finančními možnostmi rodiny.
- Kvalitně vybavit logopedická pracoviště tak, aby docházelo k rozšiřování práci s technickými prostředky.
- Volit reálné (přiměřené) cíle intervence pro děti i rodiče, vhodně motivovat obě strany pro dlouhodobý terapeutický proces.
- Neopomíjet další vzdělávání a sebevzdělávání speciálních pedagogů i logopedů.

Výsledky vyplývající z výzkumného šetření dané práce nelze vzhledem k omezenému výzkumnému vzorku (3 repondenti) zobecnit. Mohou inspirovat a sloužit k dalším šetřením.

Shrnutí

Rigorózní práce nabízí podrobný rozbor logopedické intervence se zaměřením na systémy alternativní a augmentativní komunikace u jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami (kombinované postižení) různého věku (19, 12, 8 let).

V teoretické části předkládáme obecnou charakteristiku komunikační schopnosti jako součásti sdělovacího procesu, jejího možného narušení v souvislosti s kombinovaným postižením respondentů i vlastní logopedickou intervencí, kdy poukazujeme na posun terapeutických přístupů orientovaných od zvukové stránky řeči k obsahové. Popis kombinovaného postižení prezentujeme z pohledu časté kombinace mozkové obrny a mentální retardace včetně symptomatologie a diagnostiky. Poslední kapitola profiluje jednotlivé systémy alternativní a augmentativní komunikace i kritéria uplatňovaná v průběhu jejich volby.

Výzkumná část podává detailní přehled logopedické intervence v jednotlivých vývojových etapách respondentů. Následné zhodnocení jednotlivých terapeutických přístupů předkládá závěry nekoordinované a nesystematické logopedické intervence, která je i přes včasnou diagnostiku realizována ve věku čtyř let jedinců. Současná podpora všech složek, tj. primárních funkcí, řeči a komunikace představuje u respondentů různorodou subvenci. Systémy alternativní i augmentativní komunikace jsou u jedinců aplikovány v přiměřeném měřítku i kombinacích, avšak často bez obsahového rozumění či průběžného hodnocení efektivity využívání.

Summary

The dissertation provides a detailed analysis of logopedic intervention. It focuses on systems of alternative and augmentative communication of individuals with special learning and educational needs (combined disability) in different age (19,12, 8 years).

Theoretical part presents firstly general characteristics of communicational skills as a part of communication process and their possible violation with regards to respondent's combined disabilities and secondly researcher's own logopedic intervention. The work shows a shift within theoretical approaches from sound aspects of speech to its content. Combined disability is described from the perspective of frequent combination of cerebral palsy and mental disorder. Symptomatology and diagnosis are also included. Last chapter profiles individual systems of alternative and augmentative communication as well as criteria used in the process of their choice.

Own research focuses on detailed overview of logopedic intervention within each developmental stage of the respondents. Following evaluation of individual therapeutic approaches indicates conclusions of unsystematic and discoordinated logopedic intervention which was put into practise at the age of four years. Simultaneous support of all elements i.e. primary functions, speech and communication is encouraged differently in each of the respondents. Systems of alternative and augmentative communication are applied in adequate measures and combinations but this happens often without understanding the content or without continuous evaluation.

Použitá literatura

ABBOTT, Chris, DETHERIDGE, Cate, DETHERIDGE, Tina. *Symbols, Literacy and Social Justice*. Cambridge: Copyring Widgit Software, 2006. ISBN 0-9539346-3-2.

BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie. Podmínky inkluzivního vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. In: PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 25 – 42. ISBN 978-80-7315-198-0.

BAZALOVÁ, Barbora. Psychopedie. In: PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 289 – 304. ISBN 978-80-7315-198-0.

BENDO VÁ, Petra. Problematika kombinovaných vad z pohledu somatopedie. In: LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 81 – 92. ISBN 80-244-1154-7.

BENDO VÁ, Petra. Komunikace osob s kombinovanými vadami. In: LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 15 – 24. ISBN 80-244-1154-7.

CSÉFALVAY, Zsolt. Dyzartria. In: LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetórium. Teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vydanie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. s. 210 – 220. ISBN 80-08-00447-9.

CSÉFALVAY, Zsolt. Diagnostika dysartrie. In: LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 237 – 250. ISBN 80- 7178-801-5.

ČERNÁ, Marie a kol. *Kapitoly z psychopedie*. Přepracované vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1995. s. 82. ISBN 80-7066-899-7.

ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s postižením*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2008. s. 224. ISBN 978-80-246-1565-3.

ČERNÁ, Marie, LEDNICKÁ, Iva. Poruchy psychického vývoje s počátkem v dětství. In: *Autismus 2004*. Občanské sdružení Autistik, 2004, s. 16 – 37.

DOLEJŠÍ, Mojmir. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Avicenum, 1983. s. 222.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. s. 224. ISBN 80-902536-2-8.

EISOVÁ, Alena. *Péče o děti s kombinovanými vadami*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1982. s. 52.

FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 3. doplněné vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. s. 142. ISBN 978-80-7368-622-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace®. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace® Základní modul I*. 10. přepracované vydání. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2011. s. 31.

GOOSSENS, Carol, CRAIN, Sharon. *Augmentative communication. Assessment resource*. Birmingham: University of Alabama at Birmingham, 1986.

HADAČ, Jan. Etiologie a diferenciální diagnostika DMO. 1. *Janskolázeňské symposium DMO. Sborník abstrakt*. Jánské Lázně 11. – 13. 1. 2007, s. 7.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál, 2009. s. 774. ISBN 978-80-7367-569-1.

HÁJKOVÁ, Vanda a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. 1. vydání. Praha: Somatopedická společnost, 2009. s. 159. ISBN 978-80-904464-0-3.

HOLMANOVÁ, Jitka. Vývoj řeči. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007, s. 602 – 605. ISBN 978-80-7367-340-6.

HOUSAROVÁ, Blanka. *Přednášky PedF UK, letní semestr*. Praha: PedF UK, 2007.

HUDÁČOVÁ, Vilma. Rozvoj osobnosti dětí s detskou mozgovou obrnou z aspektu pohybovej výchovy. *Speciální pedagogika*. 2002, roč. 12, č. 1, s. 39 – 48. ISSN 1211-2720.

HRONOVÁ, Anna, MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. *Raná komunikace mezi matkou a dítětem, Neslyšící matka se svým sluchově postiženým dítětem. Slyšící matka se svým slyšícím dítětem*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2002.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Somatopedická a psychologická hlediska*. 2. doplněné vydání. Praha: Triton, 2006. s. 176. ISBN 80-7254-730-5.

JANOUSEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s. 176. ISBN 978-80-247-1594-0.

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2010. s. 52. ISBN 978-80-210-5186-7.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1995. s. 159. ISBN 80-7066-941-1.

KAPOUNEK, Božetěch, KAPOUNEK, Alois. *Ortopedie a neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1989. s. 160.

KÁBELE, František a kol. *Somatopedie*. 2. upravené vydání. Praha: SPN, 1982. s. 224.

KÁBELE, František. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1988. s. 173.

KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. s. 111. ISBN 80-7169-619-6.

KLEIN, Ferdinand. Základy komunikace s těžce tělesně postiženými a těžce mentálně postiženými dětmi. Aspekty bazálně dialogického principu výchovy. In: KLENKOVÁ, Jiřina, *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997, s. 70 – 71, vydání neuvedeno, ISBN 80-85931-41-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. vydání neuvedeno. Praha: Brno, 1997. s. 96. ISBN 80-85931-41-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1. vydání. Brno: Paido, 2000. s. 123. ISBN 80-85931-91-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. Alternativní a augmentativní komunikační systémy. In: VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, s. 147 - 152. ISBN 80-7315-071-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. Vývoj řeči u tělesně, mentálně a zrakově postižených dětí. In: VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, s. 123 - 137. ISBN 80-7315-071-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. s. 224. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie. In: PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 117 – 129. ISBN 978-80-7315-198-0.

KLENKOVÁ, Jiřina, VÍTKOVÁ, Marie et al. *Inkluzivní vzdělávání se zřetelem na věkové skupiny a druhy postižení. Inclusive education – provisions for different age groups and disabilities*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2011. s. 386. ISBN 978-80-210-5731-9.

KNAPCOVÁ, Margita. Výměnný obrázkový komunikační systém. Když obrázek má cenu tisíce slov aneb jak naučit postižené děti komunikovat. *Speciální pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, 2003, roč. 13, č. 3, s. 199 – 203. ISSN 1211-2720.

KNAPCOVÁ, Margita. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2011. s. 96. ISBN 978-80-86856-88-9.

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, 2005. s. 263. ISBN 80-7262-314-1.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Osoby s kombinovanými vadami z pohledu psychopedie. In: LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 25 -52. ISBN 80- 244-1154-7.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2002. s. 304. ISBN 80-246-0329-2.

KRAUS, Jaroslav, ŠANDERA, Oldřich. *Tělesně postižené dítě. Psychologie, léčba a výchova*. 2. přepracované vydání. Praha: SPN, 1975. s. 208.

KREJČÍŘOVÁ, Dana. Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy. In: KREJČÍŘOVÁ, Dana, ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3.

přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1997, s. 151 - 165. ISBN 80-7169-512-2.

KREJČÍŘOVÁ, Dana, ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1997. s. 456. ISBN 80-7169-512-2.

KREJČÍŘOVÁ, Dana, LANGMEIER, Josef. *Vývojová psychologie*. 3. přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1998. s. 344. ISBN 80-7169-195-X.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Eteria, 2002. s. 128. ISBN 80-238-8729-7.

KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace: cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: TECH – MARKET, 1996. s. 80. ISBN 80-902134-1-3.

KUBOVÁ, Libuše. Používání alternativních a augmentativních komunikačních systémů v naší republice při výchově a vzdělávání dětí, žáků a studentů s komunikačními problémy. *Speciální pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, 2008, roč. 18, č. 3, s. 240 - 246. ISSN 1211-2720.

KUBOVÁ, Libuše, PAVELOVÁ, Zuzana, RÁDKOVÁ, Ivana. *Znak do řeči*. 1. vydání. Praha: TECH-MARKET, 1999. s. 88. ISBN 80-86114-23-6.

KUDLÁČEK, Miroslav. Jak se rodí dětská mozková obrna. *Speciální pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, 2009, roč. 19, č. 2. s. 150 – 161. ISSN 1211-2720.

KULIŠŤÁK, Petr, LEHEČKOVÁ, Helena, MIMROVÁ, Milada, NEBUDOVÁ, Jaroslava. *Afázie*. 1. vydání. Praha: Triton, 1997. s. 232. ISBN 80-85875-38-1.

LAUDOVÁ, Lucie. Alternativní a augmentativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007, s. 565 - 581. ISBN 978-80-7367- 340-6.

LÁNYIOVÁ, Agnes. Problémy psychologického hodnotenia a posudzovania detí s viacerými chybami. In: BALÁŽ, Jozef a kol. *Komunikačné problémy detí s viacerými chybami*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1980, s. 39 – 42.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. 248. ISBN 978-80-244-2071-4.

LECHTA, Viktor. Dějiny logopedie ve světovém, evropském a domácím kontextu. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007, s. 29 – 35. ISBN 978-80-7367- 340-6.

LECHTA, Viktor. Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007, s. 17 – 27. ISBN 978-80-7367- 340-6.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. s. 192. ISBN 978-80-7367-433-5.

LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium. Teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vydanie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. s. 279. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. s. 360. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor ed. *Základy inkluzivní pedagogiky. Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. s. 440. ISBN 978-80-7367-679-7.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vydání. Praha: Portál, 2011. s. 392. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor, MATUŠKA, Ondrej, ZÁSZKALICZKY, Péter. *Nové cesty k postihnutým ľuďom: rozvoj systému, poradenstva a integrácie*. 1. vydání. Bratislava: Vydavateľstvo Liečreh Gúth, 1997. s. 341. ISBN 80-967383-7-2.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbálnej komunikácie a foniatrickej*. 1. vydání. Brno: Paido, 2003. s. 156. ISBN 80-7315-038-7.

LESNÝ, Ivan, ŠPITZ, Jan. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Praha: SPN, 1989. s. 231. ISBN 80-04-22922-0.

LOVE, Russel, J., WEBB, Wanda, G. *Možek a jeho řeč. Neurologie nejen pro logopedy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. s. 376. ISBN 978-80-7367-464-9.

LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 144. ISBN 80-244-1154-7.

LUDÍKOVÁ, Libuše ed. *Specifika edukace žáků se speciálními potřebami. Sborník z odborné konference*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. s. 67. ISBN 978-80-244-2924-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H&H, 2001. s. 147. ISBN 80-86022-92-7.

MATULAY, Karol a kol. *Mentálna retardácia*. 1. vydanie. Martin: Osveta, 1986. s. 336.

MIRENDA, Pat, IACONO, Teresa. *Autism Spectrum Disorders and AAC*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 2009. ISBN 13: 978-1-55766-953-7.

MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 1994. s. 200. ISBN 80-210-1009-6.

MORALES, Rodolfo, Castillo. *Orofaciální regulační terapie. Metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. s. 184. ISBN 80-7367-105-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Academia, 2009. s. 500. ISBN 978-80-200-1679-9.

NEUBAUER, Karel. Narušení článkování řeči. Dysartrie. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. s. 307 – 331. ISBN 978-80-7367-340-6.

NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. s. 108. ISBN 978-80-7435-053-5.

NEUBAUEROVÁ, Lenka. Logopedická intervence v oblasti závažných poruch komunikačního procesu. In: NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. vydání neuvedeno. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 71 – 75. ISBN 978-80-7435-109-9.

NEUBAUEROVÁ, Lenka. Proces ucelené rehabilitace a jeho složky. In: NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. vydání neuvedeno. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 18 – 21. ISBN 978-80-7435-109-9.

NEUBAUEROVÁ, Lenka. Rehabilitace. In: NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. vydání neuvedeno. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 9 – 12. ISBN 978-80-7435-109-9.

NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. vydání neuvedeno. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, ISBN 978-80-7435-109-9.

NOUZA, Jan, ČERVA, Petr, NOVÝ, Jaroslav. Hlasové ovládání počítače – nová alternativa pro osoby s motorickým postižením. *Speciální pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, 2010, roč. 20, č. 2. s. 87 – 97. ISSN 1211-2720.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. dotisk 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-3819-6.

OPATŘILOVÁ, Dagmar (ed.). *Pedagogicko - psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. dotisk 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2008a. s. 292. ISBN 978-80-210-3977-3.

ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii. Příručka pro praxi*. 1. vydání. České Budějovice: Kopp, 2009. s. 216. ISBN 978-80-7232-378-4.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Speciální pedagogika osob s narušením komunikační schopnosti. In: RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. s. 271 – 291. ISBN 80-244-0873-2.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005a. s. 90. ISBN 80-244-1233-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In: VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, s. 292 – 308. ISBN 80-7315-071-9.

PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2001. s. 168. ISBN 80-7315-010-7.

PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace. Poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 200. ISBN 978-80-247-3181-0.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vydání. Brno: Paido, 2007. s. 180. ISBN 978-80-7315-157-7.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. Diagnostika ve speciální pedagogice. In: PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010. s. 61 – 100. ISBN 978-80-7315-198-0.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky I. Vývoj člověka do patnácti let*. 3. nezměněné vydání. Praha: SPN, 1971. s. 462.

RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedie. In: KREJČÍŘOVÁ, Olga a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Eteria, 2002, s. 32 – 41. ISBN 80-238-8729-7.

RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 2. vydání aktualizované a doplněné. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. s. 314. ISBN 80-244-0873-2.

SALÁKOVÁ, Kateřina. *Analýza logopedické péče jedince s kombinovaným postižením*. Praha, 2010. s. 131. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky.

SEEMAN, Miloslav. *Poruchy dětské řeči*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. s. 265.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. s. 155. ISBN 978-80-7367-691-9.

SNEDDON, Doherty, Gwyneth. *Neverbální komunikace dětí. Jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 198. ISBN 80-7367-043-7.

SOVÁK, Miloš. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. 1. vydání. Praha: SPN, 1978a. s. 130.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. 2. vydání. Praha: SPN, 1978. s. 464.

SOVÁK, Miloš. Kombinované vady v pojetí speciální pedagogiky. In: BALÁŽ, Jozef a kol. *Komunikačné problémy detí s viacerými chybami*. 1. vydanie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1980, s. 17 – 21.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. 1. vydání. Praha: SPN, 1984.

STARÁ, Miloslava. *Od prvního hlasu k prvním slovům*. 1. vydání. Praha: TECH-MARKET, 1996. s. 104. ISBN 80-902134-0-5.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. s. 616. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Brno: Paido, 2002. s. 36. ISBN 80-7315-017-4.

ŠLAPÁK, Ivo, FLORIÁNOVÁ, Pavla. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. 1. vydání. Brno: Paido, 1999. s. 85. ISBN 80-85931-67-2.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Portál, 2006. s. 200. ISBN 80-7367-060-7.

VANČOVÁ, Alica. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. 1. vydanie. Bratislava: Sapientia, 2001. s. 98. ISBN 80-967180-7-X.

VALENTA, Josef. *Manuál k tréninku řeči lidského těla. Didaktika neverbální komunikace*. 1. vydání. Praha: občanské sdružení AISIS, 2004. s. 259. ISBN 80-239-2575-X.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. 3. doplněné a upravené vydání. Praha: Parta, 2007. s. 386. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÁŠEK, Štefan. *Základy špeciálnej pedagogiky*. 1. vydanie. Bratislava: Sapiientia, 2003. s. 210. ISBN 80-968797-0-7.

VÁŠEK, Štefan a kol. *Špeciálna pedagogika. Terminologický a výkladový slovník*. 2. vydanie. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. s. 247. ISBN 80-08-00864-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. s. 870. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, ŘÍČAN, Pavel a spol. *Dětská klinická psychologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1991. s. 360. ISBN 80-201-0131-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2000. s. 230. ISBN 80-7184-929-4.

VĚŠTNÍK MŠMT. *Charakteristika postižení více vadami*. Praha: MŠMT, 1997, roč. LIII, č. 8, s. 18. (pod č. j. 25 602/1997-22, část oznamovací).

VITÁSKOVÁ, Kateřina, PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 182. ISBN 80-244-1088-5.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. s. 304. ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, Marie. Somatopedie. Klasifikace pohybových vad. In: PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 179 – 192. ISBN 978-80-7315-198-0.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004. s. 464. ISBN 80-7315-071-9.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace sob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 263. ISBN 80-7178- 291-2.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. 3. vydání. Praha: Portál, 2011. s. 208. ISBN 978-80-262-0044-4.

ZEZULKOVÁ, Eva. Komunikativní kompetence dětí a žáků s mentálním postižením. *Speciální pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, 2009, roč. 19, č. 2. s. 112 – 119. ISSN 1211-2720.

Internetové zdroje

Spirála výukové a rehabilitační centrum: *Výukové centrum* [online]. Spirála výukové a rehabilitační centrum: ©1999 [cit. 2012-08-25]. Dostupné z: <http://www.centrumspirala.cz/cz/vyukove-centrum>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. ÚZIS: ©2010-2012 [cit. 2012-07-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>

Sdružení pro alternativní a augmentativní komunikaci: *Základní informace* [online]
Sdružení pro alternativní a augmentativní komunikaci: Created by © 2010/2011 [cit. 2012-08-25]. Dostupné z: <http://www.saak-os.cz>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1:	Průběh a vzdělávání chlapce od 3 let
Tabulka č. 2:	Logopedická diagnostika
Tabulka č. 3:	Průběh a prolínání logopedické intervence
Tabulka č. 4:	Hláskový inventář
Tabulka č. 5:	Hrubá motorika
Tabulka č. 6:	Jemná motorika
Tabulka č. 7:	Grafomotorika
Tabulka č. 8:	Oromotorika
Tabulka č. 9:	Zraková percepce
Tabulka č. 10:	Sluchová percepce
Tabulka č. 11:	Hmatová percepce
Tabulka č. 12:	Orientace prostorová a časová
Tabulka č. 13:	Paměť, pozornost
Tabulka č. 14:	Pasivní slovní zásoba
Tabulka č. 15:	Aktivní slovní zásoba
Tabulka č. 16:	Rok 2001 – věk 9 let
Tabulka č. 17:	Rok 2002 – věk 10 let
Tabulka č. 18:	Rok 2003 – věk 11 let
Tabulka č. 19:	Rok 2004 – věk 12 let
Tabulka č. 20:	Rok 2005 – věk 13 let
Tabulka č. 21:	Rok 2006 – věk 14 let
Tabulka č. 22:	Průběh a vzdělávání chlapce od 9/2003
Tabulka č. 23:	Logopedická diagnostika
Tabulka č. 24:	Průběh a prolínání logopedické intervence
Tabulka č. 25:	Hláskový inventář
Tabulka č. 26:	Hrubá motorika
Tabulka č. 27:	Jemná motorika
Tabulka č. 28:	Grafomotorika
Tabulka č. 29:	Oromotorika
Tabulka č. 30:	Zraková percepce
Tabulka č. 31:	Sluchová percepce
Tabulka č. 32:	Hmatová percepce

Tabulka č. 33:	Orientace prostorová a časová
Tabulka č. 34:	Paměť a pozornost
Tabulka č. 35:	Pasivní slovní zásoba
Tabulka č. 36:	Motoricko – artikulační dovednosti
Tabulka č. 37:	Rok 2004 – věk 4 – 5 let
Tabulka č. 38:	Rok 2005 – věk 5 – 6 let
Tabulka č. 39:	Rok 2006 – věk 6 – 7 let
Tabulka č. 40:	Rok 2007 – věk 7 – 8 let
Tabulka č. 41:	Rok 2008 – věk 8 – 8 ¾ let
Tabulka č. 42:	Průběh a vzdělávání dívky od 2/2007
Tabulka č. 43:	Logopedická diagnostika
Tabulka č. 44:	Průběh a prolínání logopedické intervence
Tabulka č. 45:	Hláskový inventář
Tabulka č. 46:	Rok 2007 – 4 roky
Tabulka č. 47:	Hrubá motorika
Tabulka č. 48:	Jemná motorika
Tabulka č. 49:	Grafomotorika
Tabulka č. 50:	Oromotorika
Tabulka č. 51:	Zraková percepce
Tabulka č. 52:	Sluchová percepce
Tabulka č. 53:	Hmatová percepce
Tabulka č. 54:	Orientace prostorová, časová a pravolevá
Tabulka č. 55:	Paměť a pozornost
Tabulka č. 56:	Pasivní slovní zásoba
Tabulka č. 57:	Metody alternativní a augmentativní komunikace
Tabulka č. 58:	Výsledky výzkumného šetření

Seznam schémat

Schéma č. 1:	Logopedická intervence
Schéma č. 2:	Hrubá motorika
Schéma č. 3:	Jemná motorika
Schéma č. 4:	Oromotorika
Schéma č. 5:	Zraková percepce
Schéma č. 6:	Sluchová percepce
Schéma č. 7:	Prostorová, časová, pravolevá orientace
Schéma č. 8:	Pasivní slovní zásoba
Schéma č. 9:	Aktivní slovní zásoba
Schéma č. 10:	Logopedická intervence
Schéma č. 11:	Hrubá motorika
Schéma č. 12:	Jemná motorika
Schéma č. 13:	Oromotorika
Schéma č. 14:	Zraková percepce
Schéma č. 15:	Sluchová percepce
Schéma č. 16:	Prostorová, časová, pravolevá orientace
Schéma č. 17:	Pasivní slovní zásoba
Schéma č. 18:	Motoricko – artikulační dovednosti
Schéma č. 19:	Logopedická intervence
Schéma č. 20:	Hrubá motorika
Schéma č. 21:	Jemná motorika
Schéma č. 22:	Oromotorika
Schéma č. 23:	Zraková percepce
Schéma č. 24:	Sluchová percepce
Schéma č. 25:	Prostorová, časová a pravolevá orientace
Schéma č. 26:	Pasivní slovní zásoba
Schéma č. 27:	Motoricko – artikulační dovednosti

Seznam příloh

Příloha č. 1:	Pohádka o jazýčku
Příloha č. 2:	První tabulka činností
Příloha č. 3:	Tematické celky pro školu – přídavná jména
Příloha č. 4:	Tematické celky pro školu – činnosti
Příloha č. 5:	Slovesa
Příloha č. 6:	Grafomotorika
Příloha č. 7:	Rodina
Příloha č. 8:	Oblíbené knihy
Příloha č. 9:	Oblíbené domácí činnosti
Příloha č. 10:	Globální čtení vět
Příloha č. 11:	Strukturní plán činností
Příloha č. 12:	Kategorizace s prvky VOKS (podklad)
Příloha č. 13:	Tematický celek – zelenina
Příloha č. 14:	Tematický celek – zvířata
Příloha č. 15:	Tematické celky – místa a činnosti
Příloha č. 16:	Činnosti – slovesa
Příloha č. 17:	Grafomotorika
Příloha č. 18:	Vánoce
Příloha č. 19:	Zima
Příloha č. 20:	Zelenina
Příloha č. 21:	Zajíc v pytli
Příloha č. 22:	Práce s jazykem
Příloha č. 23:	Motorika mluvidel
Příloha č. 24:	Artikulace
Příloha č. 25:	Globální čtení – skládání
Příloha č. 26:	Tisk písmen podle sluchové percepce
Příloha č. 27:	Slabikové domino
Příloha č. 28:	Komunikační deník

Přílohy č. 1, 4 a 11 byly součástí diplomové práce (Saláková, Analýza logopedické péče jedince s kombinovaným postižením, 2010).

